

Travail de Bachelor

Sous la direction de Monsieur Pierre-Alain
Charmillot

Axe Recherche - REC3

Berberat Amanda, Fringeli Léa et Queloz Julie

En psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ?

Juillet 2021

Table des matières

Table des matières	ii
Table des illustrations	ii
Liste des abréviations utilisées	iii
Résumé du travail de <i>Bachelor</i>	iv
Problématique	iv
Concepts abordés	iv
Méthode	v
Résultats	v
Conclusion	vi
Mots-clés	vi
Remerciements	vii
Chapitre 1 : Introduction	1
Nature du travail réalisé	2
Plan du travail de <i>Bachelor</i>	2
Chapitre 2 : Problématique	4
Origine de la question de départ	5
Pertinence de la question pour les soins infirmiers	6
Métaparadigme infirmier	6
Modes de savoir infirmiers	11
Revue exploratoire - <i>scoping review</i>	16
La psychiatrie et ses origines	17
Les mesures limitatives de liberté - les mesures de contention	20
L'isolement	25
Agressivité et violence	32
Synthèse	37
Concepts retenus	37
Perspectives éventuelles pour la pratique infirmière	38
Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires infirmiers	40
Concepts retenus	41
Agressivité	41
Communication	43

Alliance thérapeutique.....	48
Cadre théorique.....	53
Les quatre phases.....	55
Application dans la pratique	56
Lien avec l'école des pensées	57
Chapitre 4 : Méthode	58
Question PICOT.....	59
Type de question	60
Construction de la méthode de recherche.....	60
Stratégie des articles retenus	62
Analyse des articles	62
Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion	65
Synthèse des articles	66
Synthèse des résultats des articles.....	71
Patterns liés à l'isolement et la désescalade	71
Politiques et cadre légal.....	72
Virage ambulatoire	72
Formation.....	73
Alliance thérapeutique et relations interpersonnelles.....	75
Modèles, programmes et plans personnalisés	77
Développement des résultats en lien avec la question PICOT.....	80
Perspectives, propositions pour la pratique	82
Chapitre 6 : Conclusion	84
Apport du travail de <i>Bachelor</i>	85
Limites.....	86
Perspectives pour la recherche	87
Chapitre 7 : Liste de références	89
Chapitre 8 : Appendices	97
Appendice A : Équations de recherche et résultats dans les bases de données	98
Appendice B : Grilles de Tétrault.....	112

Table des illustrations

<i>Figure 1 : Modèle de deux continuums en santé mentale.....</i>	<i>9</i>
<i>Tableau 1 : Construction de la formulation PICOT.</i>	<i>59</i>
<i>Tableau 2 : Mots-clés et descripteurs mesh</i>	<i>61</i>
<i>Tableau 3 : Équations de recherche sur cinhal</i>	<i>98</i>
<i>Tableau 4 : Équations de recherche sur Cochrane</i>	<i>100</i>
<i>Tableau 5 : Équations de recherche sur JBI</i>	<i>101</i>
<i>Tableau 6 : Équations de recherche sur Medline (OVID).....</i>	<i>102</i>
<i>Tableau 7 : Équations de recherche sur PsychInfo</i>	<i>103</i>
<i>Tableau 8 : Équations de recherche sur PubMed</i>	<i>108</i>

Liste des abréviations utilisées

APEA : Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte

BDS : Bénéficiaire de soins

CNV : Communication NonViolente

HE-Arc : Haute Ecole Arc Santé

Obsan : Observatoire suisse de la santé

OFSP : Office Fédéral de la Santé Publique

OMS ou WHO : Organisation Mondiale de la Santé ou *World Health Organization*

PAFA : Placement À des Fins d'Assistance

PICOT : Population, Intervention, Comparaison, Outcome, Temps.
Méthodologie utilisée pour la formulation de questions scientifiques

Dans le but de faciliter la lecture de ce travail, les auteurs ont décidé d'utiliser indifféremment la forme masculine afin de regrouper les termes masculins et féminins. Aussi, l'utilisation du masculin comprend donc les deux genres et n'a aucune vocation de discrimination.

Résumé du travail de *Bachelor*

Problématique

Les auteurs de ce travail ont pu constater que la psychiatrie garde les séquelles de son passé en matière de contraintes.

Les mesures limitatives de liberté questionnent éthiquement et impactent le personnel tout comme les patients. Le constat fait sur l'utilisation de celles-ci est qu'elles sont notamment mises en œuvre pour faire face au potentiel agressif des bénéficiaires de soins. Cette agressivité est exacerbée par plusieurs éléments et est particulièrement présente dans les services de santé mentale.

Actuellement, l'isolement est la mesure coercitive la plus pratiquée, et ce, également en Suisse. Elle altère la relation thérapeutique, la confiance du patient envers l'équipe, est infantilisante et augmente la durée d'hospitalisation. Elle impacte aussi négativement l'équipe soignante. L'utilisation de telles mesures croît en lien avec de multiples facteurs.

Concepts abordés

Pour développer la compréhension de cette thématique, l'agressivité, la communication ainsi que l'alliance thérapeutique ont été approfondies. Il est à noter qu'un acte agressif résulte d'une interaction entre deux personnes, par conséquent, le soignant a un rôle à jouer.

De plus, la communication est un aspect nécessaire à la relation. Elle permet de construire un projet commun. Aussi, la Communication NonViolente a pour potentiel de diminuer les tensions conflictuelles en se basant sur

l'empathie, la bienveillance, les besoins et les demandes, les observations et les sentiments.

Finalement, l'alliance thérapeutique est particulièrement adaptée à la prise en soins psychiatriques qui utilise la relation comme instrument de soins. C'est pourquoi la théorie des relations interpersonnelles de Peplau permet également d'éclairer cette thématique.

Somme toute, la question de recherche est la suivante : « En psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ».

Méthode

Après avoir réalisé une scoping review, les auteurs ont pu formuler une question PICOT. Ainsi, ils ont déterminé des mots-clés leur permettant d'interroger les bases de données Cinhal, Cochrane, MedLine (Ovid), PsycInfo et PubMed. Suite à cela, 13 articles correspondants à la question de recherche ont été sélectionnés. Ceux-ci ont ensuite été analysés au moyen de la grille de Tétréault, Sorita, Ryan & Ledoux (2013), puis les résultats ont été mis en exergue avec la thématique. Une conclusion présentant les apports pour la recherche et la pratique permet d'avoir un regard complet sur une réponse probante.

Résultats

Le contenu des articles retenus a permis de thématiser les résultats. Les catégories identifiées par les auteurs de ce travail sont les suivantes : les patterns liés à l'isolement et la désescalade, politiques et cadre légal, virage

ambulatoire, formation, alliance thérapeutique et relations interpersonnelles, modèles, programmes et plans personnalisés. Les approches comportant des interventions complémentaires ainsi que la participation du patient semblent montrer les meilleurs résultats. La formation en matière de communication permet de diminuer significativement l'agressivité. En outre, les programmes d'intervention présentés dans ce travail préconisent plus d'échanges entre le personnel soignant et les bénéficiaires de soins (BDS). Cela peut donc suggérer qu'un focus sur le lien thérapeutique permettrait de diminuer l'agressivité et ainsi le recours aux mesures restrictives.

Conclusion

In fine, les auteurs de ce travail ont remarqué que la littérature disponible sur le questionnement présenté précédemment est peu étoffée et manque de spécificité. Le lien entre agressivité et isolement ayant pu être clairement établi, il convient de mener des recherches supplémentaires à ce sujet.

Mots-clés

Agressivité, violence, moyens de contrainte, isolement, communication, alliance thérapeutique.

Remerciements

Nous remercions sincèrement Monsieur Pierre-Alain Charmillot, notre enseignant référent, qui a su nous accompagner et nous conseiller tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions sincèrement tous les professeurs qui sont intervenus dans les modules ayant trait à la recherche, et notamment Mesdames Schwander-Maire Françoise, Roos Pauline, Messieurs Comte Pascal, Voirol Christian et Schirlin Olivier.

Nous adressons un remerciement particulier à Madame Halapi Christine qui nous a donné de précieuses références et aides pour ce document.

Un remerciement particulier est adressé aux étudiants de la volée BAC18 de Delémont qui, grâce à leur présence, leur aide et leurs encouragements, nous ont permis de terminer ce travail avec enthousiasme.

Nos remerciements chaleureux vont également à chaque membre de ce groupe qui s'est investi pour la réalisation de cette revue de littérature.

Nous sommes également reconnaissants envers nos familles et amis qui nous ont soutenus et même parfois aidés dans la rédaction de ce document.

Nous remercions vivement Elisabeth Fringeli et Leila Mujanovic pour la relecture.

Chapitre 1 : Introduction

Nature du travail réalisé

Ce travail a été réalisé dans le but de démontrer l'évolution des compétences acquises au cours des trois années de formation dans la filière soins infirmiers de la HE-Arc.

Le développement des savoirs personnels, méthodologiques et scientifiques durant la rédaction de ce travail a concouru à l'édification de la professionnalisation de chaque individualité que forme l'entité. En outre, cet exercice amène à une réflexion d'ensemble quant à l'entrée dans le monde professionnel actuel ainsi qu'aux pratiques modernes.

L'exploration des concepts de la thématique a permis de construire de nouveaux savoirs, d'imaginer de nouvelles pistes pour la prise en charge des bénéficiaires de soins, mais aussi d'innover en matière d'interventions qui s'appuient sur des pratiques probantes tout en restant en contact avec les contraintes du terrain.

Plan du travail de *Bachelor*

Les différentes parties composant ce travail sont détaillées ci-dessous.

Suite à l'introduction, la problématique est présentée. Celle-ci se compose des origines de la question, de la relation avec les quatre concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984, 2005) ainsi que des modes de savoirs infirmiers selon Carper (1978) et Chinn & Kramer (2008). La *scoping review* représente l'enchaînement suivant. Ensuite, une précision ainsi que la liste des

concepts retenus sont développées. Les perspectives et propositions pour la pratique concluent la problématique.

Pour débiter le troisième chapitre, les auteurs de ce travail définissent les concepts retenus. Puis, un cadre théorique est déterminé et présenté.

La partie qui suit concerne la méthodologie. La question PICOT va alors être affinée et son type détaillé. À partir de cela, les bases de données imposées sont consultées : les descripteurs Mesh utilisés ainsi que les équations de recherche sont retracées. Puis, la sélection des articles est décrite et ceux-ci sont analysés.

Pour le cinquième chapitre, les résultats des articles sont synthétisés. Ensuite, ces derniers sont développés selon la méthodologie PICOT. Pour terminer cette section, des perspectives et propositions sont formulées pour la pratique.

Dans le sixième chapitre, la conclusion est présentée. Elle réunira alors les apports que ce travail de *Bachelor* a amenés au groupe. Puis, les limites en sont exprimées. Enfin, des pistes pour des recherches futures sont énoncées.

Pour terminer, une liste de référence est détaillée et les annexes sont mises à disposition.

Chapitre 2 : Problématique

Ce second chapitre a pour objectif de déterminer une question de recherche à partir d'une problématique issue de la pratique et/ou de la littérature. Il s'agit donc du processus réflexif qui a mené les auteurs de ce travail de la question de départ à la question finale.

En outre, ce chapitre a également pour but de démontrer l'intérêt de ce questionnement pour la profession infirmière en tenant compte du métaparadigme et des savoirs infirmiers.

Finalement, les concepts retenus pour l'élaboration de la question seront précisés et l'apport de cette question pour la pratique soignante sera démontré.

Origine de la question de départ

Premièrement, chaque membre du groupe manifestait de l'intérêt pour une question qui concerne le domaine psychiatrique. En effet, les auteurs de ce travail ont eu l'occasion d'avoir des expériences enrichissantes dans ce domaine. Ils ont pu prendre la mesure de la complexité de l'être humain et de la prise en soins qui l'entoure. Au vu des sujets proposés pour la réalisation du travail de *Bachelor*, c'est naturellement que les auteurs se sont penchés sur la formulation ayant trait à l'isolement. La question qui était proposée est « quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées dans le cadre d'un séjour en chambre de soins intensifs de patients en psychiatrie ? ».

Deuxièmement, l'isolement est, en effet, un sujet à débat dans la profession, car la pratique de celui-ci ne fait pas l'unanimité. Par ailleurs, sa

justification thérapeutique est ambivalente parmi les divers auteurs consultés. De plus, cette mesure est une entrave à la liberté et est donc éthiquement discutable.

Troisièmement, les BDS sont souvent vulnérables dans ces moments menant à l'isolement. Le début de l'hospitalisation est souvent une phase précaire et de grande fragilité. Ainsi, l'intérêt est d'intervenir en amont de la chambre de soins intensifs afin de favoriser une relation thérapeutique qui permette une meilleure compliance au traitement et donc un mieux-être pour le patient.

Pertinence de la question pour les soins infirmiers

Ce chapitre traite donc de l'intérêt que porte l'objet d'étude pour les soins infirmiers.

Aussi, la question de départ est abordée sous l'angle du métaparadigme et de ses quatre concepts qui le composent. Puis, les modes de savoirs infirmiers sont développés en lien avec les apports de ce travail au niveau de ceux-ci.

Métaparadigme infirmier

Dans une vision holarchique de la discipline, Fawcett fait émerger la notion de métaparadigme. Le métaparadigme représente le niveau d'abstraction le plus élevé de la discipline. Il fait référence à la manière dont les soins infirmiers sont structurés et organisés, il amène de la consistance à la discipline. Cette proposition dépeint le phénomène d'intérêt central (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Le métaparadigme infirmier se compose de 4 concepts : soins (*nursing*), santé, être humain, environnement.

Soins. Le soin, ou nursing, se réfère à la définition même des soins infirmiers, mais aussi aux interventions ayant des buts et des résultats. Les soins sont vus dans une dynamique entre le soignant et le soigné (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

La mise en chambre d'isolement questionne la pratique des soins. Une action qui se veut thérapeutique, mais qui reste complexe à exécuter, à expliquer, à justifier, à y adhérer. Au-delà de légitimer la nécessité ou non d'un isolement qui se veut curatif, ce travail cherche à identifier les interventions à mettre en place autour de la chambre de soins intensifs afin de favoriser un espace pertinent et respectueux de la personne. Le soin comporte également une composante relationnelle importante dans la prise en charge psychiatrique (Valot et Lalau, 2020).

Santé. En tant que concept du métaparadigme, la santé se réfère au processus porté par l'être humain entre la vie et la mort (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Comme le mentionne l'OMS, la santé ne tient pas seulement aux aspects physiques, mais également à des composantes psychiques et sociales (1946).

À partir de cela, l'Organisation Mondiale de la Santé définit plus précisément la santé mentale comme : « [...] Un état de bien-être dans lequel

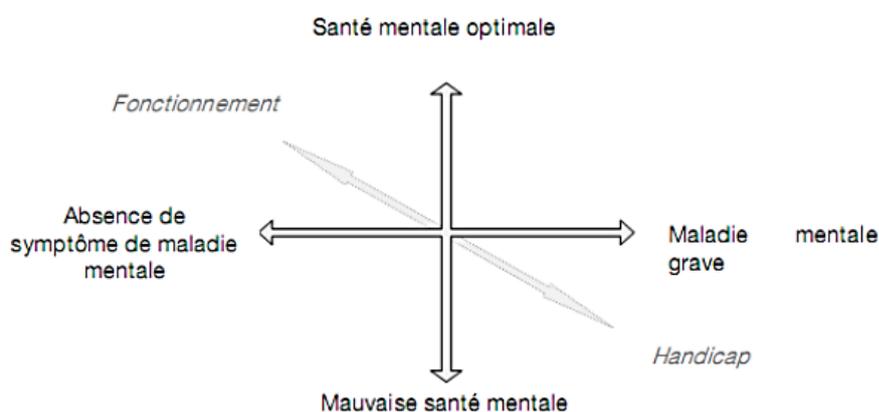
une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2018). Ou encore : « [... *englobant*] la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles (OMS, n.d.) ». La santé psychique est donc une affaire d'équilibre entre les tâches qui sont socialement exigées et les ressources personnelles.

Aussi, l'OMS diffuse en parallèle cette définition concernant la maladie mentale : « Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes dont les symptômes diffèrent, mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. » (n. d.).

En somme, la santé psychique se rapporte notamment à une frontière implicite entre le normal et le pathologique. Ainsi, pour différencier les états pathologiques, le manuel diagnostique des troubles mentaux dans sa cinquième édition, communément appelé DSM-V (2013), insiste sur les aspects d'atteintes fonctionnelles dans la vie quotidienne. Par ailleurs, la santé mentale n'est pas figée et s'inscrit dans un continuum entre ces deux pôles que sont la santé mentale et la maladie mentale. À ce propos, plusieurs modèles permettent d'expliquer cette dualité qui serait plutôt une limite fondue entre ces deux termes. Un modèle retenu est celui des deux continuums en santé

mentale issu de l'Institut Canadien d'information sur la santé (2009) (Ordre national des infirmiers, 2010, p.7).

FIGURE 2 : MODÈLE DE DEUX CONTINUUMS EN SANTÉ MENTALE



Source : Institut Canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, ICIS, 2009

Ce modèle illustre donc cette continuité entre santé et maladie mentale. En outre, il met en avant cette notion de fonctionnement versus handicap actuellement reconnu et utilisé par le DSM-V (2013) pour légitimer la pose d'un diagnostic.

Ainsi, la santé psychique est un subtil équilibre entre les ressources du patient et les contraintes auxquelles il est exposé (Promotion Santé Suisse, 2016). De plus, celle-ci joue un rôle dans la santé globale de l'individu et doit donc être prise en charge de manière adaptée.

Être humain. L'être humain se définit comme un individu au centre de divers groupes, qu'ils soient familiaux, culturels, communautaires ou autres (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

La mise en chambre de soins intensifs touche à diverses dimensions de l'être humain. En effet, elle concerne non seulement la notion de sécurité pour soi ou autrui, de dignité, mais aussi de liberté. Les mesures de contention sont prescrites avec une surveillance accrue de l'état de santé autant physique que psychique.

Ainsi, l'être humain est vu comme une personne à part entière qui a des droits et des devoirs (Services de la santé publique des cantons de Berne Fribourg Genève Jura Neuchâtel Tessin Valais et Vaud, 2014). Il a donc pour responsabilité de s'intégrer au sein de groupes et d'en respecter les normes implicites et explicites. En ce sens, l'isolement, du reste du groupe, est une mesure particulière et discutable pour réinsérer la personne dans un milieu social.

Environnement. Ce concept-ci se rapporte à l'espace physique ainsi qu'aux divers contextes qui peuvent entourer l'être humain, tout comme les autres personnes qui l'entoure. L'environnement se transcrit également à travers les divers contextes dans lesquels se pratiquent les soins infirmiers. Il se réfère aussi aux conditions culturelles locales, régionales, nationales et mondiales et aux conditions économiques (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Face à ce concept, l'isolement se veut une restriction de l'environnement. En agissant sur celui-ci, l'objectif est thérapeutique. L'environnement joue un rôle plus ou moins important dans nombre de pathologies, y compris les psychopathologies (Dahlgren, Whitehead & WHO, 1992). De cette manière,

les professionnels désirent offrir un espace sécurisé aux individus, un espace qui soumet moins de stimuli à la personne et qui se veut rassurant (Friard, 2002).

La psychiatrie, de manière générale, s'intéresse à l'être humain et de manière plus spécifique à son fonctionnement mental au sein d'un milieu. Ainsi, dans ce travail, les auteurs ont décidé de ne traiter que des institutions dédiées à la santé mentale, car c'est au cœur de ces institutions que sont principalement orchestrées les mises en chambre de soins intensifs. De plus, la notion de cadre et d'espace thérapeutique joue un grand rôle en psychiatrie (Grossen & Perret-Clermont, 1992).

Aussi, il est à noter que la prise en soins s'intègre dans un contexte socioculturel étayé par des règles et des normes dont il faut tenir compte. L'environnement dans et autour des chambres d'isolement s'inscrit donc dans un cadre de soins qui a, à lui seul, déjà des effets thérapeutiques (Grossen & Perret-Clermont, 1992).

Modes de savoir infirmiers

Les savoirs infirmiers ont tout d'abord été abordés par Barbara Carper en 1978 dans son ouvrage *Fundamental patterns of knowing in nursing*. Elle en définit originellement quatre : le savoir empirique, le savoir esthétique, le savoir personnel et le savoir éthique. Par la suite, des compléments ont été amenés par Mulhall (1993), White en 1995 et finalement Chinn et Kramer (2008 ; 2015).

Les modes de savoirs infirmiers se définissent comme un ensemble de connaissances développées et organisées à l'intérieur des cadres de référence de la discipline infirmière afin de saisir la complexité et l'intégralité de la profession (Pépin, Ducharme, & Kérouac, 2017).

Les savoirs se rapportent aux connaissances multidimensionnelles et aux nombreuses réflexions que l'infirmier peut avoir dans sa pratique. En s'appuyant sur ses connaissances, le professionnel peut alors agir selon divers axes que sont notamment : ses acquis individuels, en lien avec le savoir personnel ; ses innovations créatives, en lien avec le savoir esthétique ; un questionnement moral, déontologique et éthique, en lien avec le savoir éthique ; et ses conceptions théoriques, en lien avec le savoir empirique (Carper, 1992 ; Pépin et al., 2017).

Savoir empirique. Le savoir empirique représente la science du nursing (Carper, 1992). Il est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes (Pépin et al., 2017, p.20). Les avancées scientifiques permettent de faire avancer la pratique infirmière et de mieux comprendre les phénomènes, cela concourt à une meilleure prise en charge des bénéficiaires de soins et peut même amener à des changements politiques (Pépin et al., 2017). Pour Chinn et Krammer (2015), l'infirmier se pose alors les questions suivantes : « qu'est-ce que c'est ? » ou encore « comment cela fonctionne-t-il ? ».

Ainsi, ce travail permet d'approfondir les bases de la psychiatrie, d'en explorer son histoire et donc de mieux appréhender cette discipline quelque peu à part (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, cité par Debiche, 2001). Les auteurs de ce travail ont ainsi pu développer le rôle infirmier en psychiatrie qui se veut relativement autonome (Warchol, 2017). En lien avec ce travail, les chercheurs essaient depuis longtemps de prouver le caractère thérapeutique ou non de la chambre d'isolement (Friard, 2002 ; Palazzolo, 2002 ; Perritaz & Gothuey, 2018). Les membres du groupe vont se questionner autour du management de cet acte : y a-t-il des actes qui sont entrepris pour la prévenir, qu'est-ce qui y mène ou encore qui décide par exemple.

Savoir esthétique. Le savoir esthétique se rapporte à l'art du nursing (Carper, 1992). Ce savoir est en lien avec les expressions de type artistique qui découlent des expériences de l'infirmier : la beauté du geste, mais aussi l'intensité d'une interaction qui démontre une compréhension profonde de l'autre (Pépin et al., 2017). Encore, « [il] est inoubliable et provoque un apprentissage sur la condition humaine » (Archibald, 2012 cité par Pépin et al., 2017, p.19). Chinn et Kramer (2015) proposent ainsi à l'infirmière de se questionner comme suit : « qu'est-ce que cela signifie ? » et « comment est-ce significatif ? ».

La psychiatrie se prête particulièrement à ce mode de savoir. En effet, ce domaine de la médecine permet de développer une part créative du métier

d'infirmier et d'affirmer ses compétences du rôle propre, et ce, notamment au travers de la mise en place d'activités à visée sociothérapeutique (Drillot, Lannaz & Pasquier, 1996 ; Mazoyer, 2014). Les propos du psychiatre Guy Dana le précisent également : « mais à détailler les choses, il y a mille et une façons de faire avec la psychose qui dépend beaucoup du génie soignant et pas de l'application imbécile d'un protocole. » (Fontaine, 2009). Cela ne fait qu'accentuer l'intérêt pour une pratique réfléchie et réflexive, empreinte d'empathie et de confiance pour créer un lien thérapeutique personnalisé. De plus, la population fréquentant les institutions du domaine psychiatrique étant en partie marginalisée, il convient de s'adapter et de développer de nouvelles formes de prise en charge comme les offres à bas seuil par exemple (Langenfeld & Merklings, 2013 ; Matasci, Pérez, Bresciano & Grivet 2009). Cela associé à des séjours qui parfois se répètent, permet de se réinventer afin de maintenir un lien thérapeutique actualisé et en phase avec la prise en charge (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016).

Savoir personnel. Le savoir personnel est assimilé comme composante de soi dans le savoir (Carper, 1992). L'infirmier peut alors utiliser sa propre expérience de devenir un être unitaire, conscient et authentique. La connaissance de soi devient alors outil dans la pratique professionnelle et celle-ci peut être développée au travers de la pratique réflexive (Pépin et al., 2017). L'infirmier se questionne donc comme suit : « est-ce que je sais ce que je fais ? » et « est-ce que je fais ce que je sais ? » (Chinn & Kramer, 2015).

À travers ce travail, le savoir personnel transparait notamment au travers des expériences professionnelles des membres du groupe. Ainsi, avoir pu travailler dans des services psychiatriques et même parfois avoir assisté à une mise en chambre de soins intensifs permet d'intégrer des éléments de la réalité clinique. C'est un événement particulier qui n'est pas anodin et qui permet ainsi de questionner ses valeurs, ses besoins, mais aussi ses limites ; c'est tant un événement qui peut être traumatique pour le patient qu'un acte compliqué à réaliser par le soignant (Drillot et al., 1996 ; Langenfeld & Merklings, 2013 ; Mazoyer, 2014 ; Perritaz & Gothuey, 2018). En effet, la mise en chambre d'isolement va à l'opposé de la liberté, de l'auto-détermination, de la dignité et dans une certaine mesure à la prise en soins (Ouharzoune & Agrech, 2005, p.129). Les rencontres que chaque auteur a faites amènent alors une confrontation des pratiques non seulement de la mise en chambre fermée, mais aussi de la prise en charge à l'intérieur de celle-ci. Ainsi, il serait intéressant qu'avec ce travail, les auteurs adoptent un positionnement innovant quant à leur pratique future face aux chambres de soins intensifs.

Savoir éthique. Carper, dans sa définition du savoir éthique, se réfère notamment à la nature morale de cette composante. Malgré que ces deux termes soient distincts, leurs sémantiques sont proches. Le savoir éthique se rapporte ainsi aux actions moralement « justes ou fausses » en lien avec les soins et la promotion de la santé. De ce fait, le savoir éthique dans les soins doit être vu comme un service à la personne et avec respect pour la vie

humaine (Carper, 1992). Le savoir éthique doit également tenir compte des valeurs et prendre appui sur des connaissances philosophiques (Pépin et al., 2017). Chinn et Kramer proposent de prendre en compte la complexité de la question éthique avec les questionnements suivants : « est-ce juste ? » et « est-ce responsable ? » (2015).

Finalement, le savoir éthique est une composante importante dans cet objet d'étude. En effet, les aspects éthiques, moraux et déontologiques sont grandement questionnés lors de cette pratique (Cano & Boyer, 2011). Ainsi, le fait d'enfermer un être humain, fréquemment sans son accord, pour pouvoir prendre soin de lui est relativement paradoxal. Les mesures de contrainte étant des moyens de limiter la liberté, cela va même, dans un sens, à l'encontre de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui stipule dans son article 3 que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne » (1948). Aussi, comment légitimer ces mesures coercitives ?

Au niveau éthique, on peut également questionner la co-construction d'un projet de soin par un engagement mutuel du soignant avec son soigné et donc la place de l'isolement dans ce processus (Perritaz & Gothuey, 2018 ; Townsend, 2010). Il paraît donc pertinent de se questionner sur la dimension éthique de cet acte de soins.

Revue exploratoire - *scoping review*

Une revue exploratoire, ou *scoping review*, permet de mieux cerner les divers éléments qui composent le fond de la revue de littérature qui suit. C'est

une exploration large, générale, du sujet de recherche. Elle s'effectue donc à partir de diverses sources (Fortin & Gagnon, 2016).

La revue exploratoire de ce travail se divise en différents chapitres. Les auteurs ont donc décidé d'aborder les différentes thématiques servant de charpente à ce travail. Ainsi, elle concerne notamment la psychiatrie et ses origines, les mesures restrictives de liberté, l'isolement, l'agressivité et la violence.

La psychiatrie et ses origines

Pour traiter de la psychiatrie actuelle, il convient de réviser ses origines pour mieux la situer dans son évolution et la placer dans son contexte moderne.

Tout d'abord, le mot psychiatrie est issu des racines grecques *psyche*, qui signifie âme, esprit et *iatros* qui signifie médecin. Cela amène donc une conceptualisation de la psychiatrie comme une médecine de l'âme ou de l'esprit.

Avant de passer à un survol des événements ayant marqué cette discipline, il est nécessaire de préciser qu'il n'y a pas de consensus sur un modèle unique permettant d'expliquer l'émergence et les causes de l'apparition des troubles psychopathologiques. Ainsi, plusieurs approches sont reconnues et utilisées, notamment le modèle analytique reposant sur des fondements psychanalytiques, le courant cognitivo-comportemental qui se base entre autres sur les travaux de Pavlov et Skinner sur le conditionnement, le modèle

neurobiologique qui repose sur une approche scientifique et encore le courant systémique se basant sur la dynamique familiale (Langenfeld & Merklings, 2013).

Le malade psychiatrique a longtemps souffert d'une mauvaise image dans la société ce qui a ainsi probablement favorisé un bafouement des droits les plus fondamentaux de celui-ci (Friard, 2002). Avant le XVII^e siècle, les malades mentaux étaient pris en charge au sein de leurs villages. L'exorcisme était alors pratiqué et consistait au traitement de ces personnes possédées par le diable ou ayant péché (Langenfeld & Merklings, 2013). Puis, cette époque marque l'arrivée du « grand renfermement », une période dénotant le rejet de cette population qui se voit alors recluse en institution plus ou moins dédiée, c'est donc l'apparition des premiers asiles (Friard, 2002).

Au XIX^e siècle, Philippe Pinel révolutionne la psychiatrie. C'est lui qui donne à l'asile son caractère médical spécialisé et thérapeutique pour les personnes atteintes de troubles mentaux (Friard, 2002).

Ensuite, la recherche des causes de la maladie, l'organogénèse, a laissé place à des pratiques controversées qui ont contribué à noircir la réputation de la psychiatrie et notamment la lobotomie, l'utilisation d'insuline, la malariathérapie, mais aussi l'électroconvulsivothérapie (électrochocs), qui est encore utilisée aujourd'hui, mais de manière plus moderne et sécuritaire (Ouharzoune & Agrech, 2005 ; Palazzolo, 2002). Ces pratiques peuvent alors être assimilées à la notion de contrainte (Michel, 2020).

Au début du XX^e siècle, le constat est que l'on n'arrive pas encore à expliquer ou guérir les maladies mentales, les asiles deviennent alors des lieux de réclusion. Vers le milieu du XX^e siècle, la psychothérapie institutionnelle s'installe, opérationnalisée grâce à la prise de conscience des atrocités perpétrées durant la Seconde Guerre mondiale (Palazzolo, 2002). Inspirée de la psychanalyse, celle-ci a notamment pour but, au moyen de la relation patient-soignant, de proposer un lieu d'échange et de rencontre (Aymes, 1983 cité dans Palazzolo, 2002).

La psychiatrie contemporaine aspire à une prise en soins plus humaine. Le concept de réhabilitation psychosociale est mis en avant afin de favoriser la réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux dans la société (Palazzolo, 2002). Le développement de thérapies cognitivo-comportementales ainsi que l'approche systémique et humaniste continuent à faire leurs preuves et restent implantés dans les services. En outre, les progrès actuels dans le domaine de la neurobiologie et de l'imagerie médicale tentent toujours d'expliquer les origines des troubles psychiques.

En conclusion, la psychiatrie est passée du dogme de l'enfermement à une prise en charge plus humaine, qui comme il pourra être constaté par la suite, garde les séquelles de ces pratiques d'isolement éprouvées. « L'histoire de la psychiatrie et celle de la contrainte sont indissociables » (Michel, 2020, p.7).

Les mesures limitatives de liberté - les mesures de contention

Les mesures limitatives de liberté relèvent des limitations de la liberté de mouvement ainsi que d'autres droits fondamentaux. C'est une thématique importante et consubstantielle à la santé mentale (Michel, 2020). Elles comprennent notamment l'isolement, l'immobilisation et la médication forcée (Schuler et al., 2016). Celles-ci sont bien évidemment appliquées à certaines conditions et doivent être levées dès que la situation le permet (OFSP, 2020). Les mesures restrictives de liberté sont ratifiées par un médecin et le personnel soignant les exécute donc sur ordre médical (art.28a al.2 de la Loi sanitaire de la République et Canton du Jura, 1990).

Par ailleurs, les traitements sous contrainte regroupent « toutes les mesures médicales appliquées sous la contrainte, dans le but de préserver ou de recouvrer la santé » (ASSM, 2018). Une mesure de contention est une « mesure qui limite la liberté de mouvement d'un patient et qui est appliquée sans son consentement libre et éclairé » (Services de la santé publique des cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura Neuchâtel, Tessin, Valais et Vaud, 2014). Ceci signifie qu'il est possible d'hospitaliser une personne sans son consentement, ce qui se fait uniquement en respectant des conditions strictes. Cette condition se nomme placement à des fins d'assistance (PAFA) et est décidée par l'APEA (Minger, 2016).

Dans ce cadre, en Suisse, en 2016, il est recensé 6307 patients pour lesquels au moins une intervention restrictive de liberté a été entreprise

(Obsan, 2016). Cela correspond à 6.9% des patients hospitalisés en psychiatrie.

D'autant plus qu'une étude met en avant le fait que les mesures restrictives de liberté sont le plus utilisées dans les pays à revenu élevé, comme la Suisse. Cela s'expliquerait par le manque d'étayage familial qui ne joue alors que peu son rôle protecteur, et ce, à cause de l'urbanisation et de la dissolution du lien social dans les grandes villes (Morisset, 2018).

Une mesure de contrainte peut être imposée à un patient, à des conditions strictes et après une consultation avec l'équipe soignante. Une telle action peut être menée si l'individu présente un danger pour lui-même, pour les personnes qui l'entourent ou encore s'il perturbe la vie en communauté. De plus, il faut que d'autres alternatives moins restrictives aient échoué avant de mettre en place une telle restriction. Le BDS doit bien entendu être intégré dans cette réflexion, sauf s'il s'agit d'une situation urgente pour laquelle la décision doit être prise rapidement. Cette mesure doit être documentée et imposée uniquement pour une durée limitée. Elle devra donc être réévaluée afin de voir s'il est possible de la lever ou s'il est encore nécessaire de la maintenir. Si cette intervention est menée dans le cadre d'un traitement sans consentement, le médecin communique sa décision par écrit au patient ainsi qu'à une personne de confiance (Services de la santé publique des cantons de Berne Fribourg Genève Jura Neuchâtel Tessin Valais et Vaud, 2014).

De surcroît, les mesures restrictives posent des questions éthiques, car elles entament des droits fondamentaux de liberté de la personne, mais pas uniquement. Il est important de remarquer que les moyens de contrainte ont une influence non seulement sur les soignés, mais aussi sur les soignants :

Le patient [...] subit à la fois une atteinte à ses libertés fondamentales et un traitement forcément lourd, tant physiquement que psychiquement ; le soignant [...] est contraint de donner des soins contre la volonté du patient, ce qui ne correspond pas à l'image du « bon soignant » et peut générer des conflits éthiques » (Michel, 2020, p.7).

Les mesures limitatives de liberté sont contraignantes et ont des répercussions importantes sur la personne, il est donc important de pouvoir mettre en avant ces divers problèmes moraux et éthiques. En effet, dans la pratique des soins, chacun a le devoir de s'interroger sur ces pratiques (Poirier Coutansais, 2012).

Dans la définition même de ce type de restriction, le principe de liberté n'est pas respecté, car le BDS ne peut pas aller et venir comme il le souhaite (Butel et al., 2011). L'autonomie du patient n'est pas respectée non plus, car le consentement libre et éclairé n'est pas toujours pris en compte (Hurst, 2019). Il est important de préciser ici que le consentement du patient doit toujours être recherché, qu'il soit capable ou non de discernement (Butel et al., 2011). De plus, les soignants doivent l'informer des raisons de son isolement, ce qui n'est pas toujours fait de manière claire. Pourtant cela pourrait permettre une meilleure relation thérapeutique entre l'équipe soignante et le patient (Cano et al., 2011).

Certaines mesures de contraintes peuvent provoquer des dommages à la dignité. Il paraît important de souligner que l'action entreprise doit être réfléchie en équipe et de manière pluridisciplinaire, notamment pour peser les avantages (bienfaisance) et les inconvénients (non-malfaisance) d'une telle intervention. Cette balance fait donc intervenir le principe de proportionnalité. Celui-ci est d'autant plus important afin d'éviter que des actions surdimensionnées soient entreprises (Hurst, 2019). Le questionnement éthique autour des mesures de contraintes a pour but de ne pas infliger de traitement inhumain ou dégradant au patient d'une part, mais aussi de sensibiliser le personnel à adopter une posture empathique et respectueuse d'autre part (Morisset, 2018). Aussi, il a été relevé que : « la prise en compte des libertés et de la dignité du patient, la relation de confiance soignants/soignés et que permettre au patient de gérer ses relations sociales [...] a un effet bénéfique sur les tensions psychiques et le risque d'épisode d'agressivité » et donc le potentiel d'utilisation des mesures d'isolement (Morisset, 2018, p.85).

Les BDS ayant vécu la mise en chambre de soins intensifs relèvent le plus souvent que c'était une expérience difficile (Cano & Boyer, 2011 ; Mouillerac, 2009). Selon Perret, leur vécu après cet événement est toujours négatif (2009). Certains BDS expriment toutefois des sensations positives comme un sentiment de quiétude, car « on n'est plus agressé par quoi que ce soit » (Mouillerac, 2009, p.63).

En lien avec le principe éthique de l'autonomie, certains patients relèvent que la chambre n'est pas supportable, elle est parfois même comparée à une prison. Cependant, certains BDS expriment avoir sollicité d'eux-mêmes leur mise en chambre d'isolement notamment pour se protéger ou encore pour s'apaiser (Cano et al., 2011).

Par rapport au principe de bienfaisance, certains patients relèvent que les soignants étaient physiquement présents, étaient à leur écoute alors que d'autres expriment l'inverse. De manière générale, la prise en charge au sein de cette chambre a globalement été satisfaisante (Cano et al., 2011).

Au sujet de la non-malfaisance, la mise en chambre de soins intensifs est principalement mal vécue (abus de pouvoir, dévalorisation, etc.). Certains BDS ont exprimé que la chambre de soins intensifs leur a été utile et les a protégés, alors que d'autres estiment que cela a aggravé leur état. L'isolement était le plus souvent vécu comme une sorte de punition. Il est intéressant de souligner qu'une majorité des patients interrogés dans cette étude exprime que le recours à la chambre de soins intensifs aurait pu être évité (Cano et al., 2011).

En conclusion, l'utilisation des moyens de contraintes amène un débat éthique important. L'autonomie et la dignité du patient sont atteintes, tout comme les principes de non-malfaisance et bienfaisance des soignants qui les pratiquent. Il est aussi à noter qu'une volonté internationale, émanant essentiellement des pays riches, a pour but la diminution de l'utilisation de mesures coercitives en psychiatrie (Morisset, 2018). Effectivement, les moyens

de contrainte ont une influence négative sur le lien thérapeutique et donc sur l'issue du traitement thérapeutique (Wullschleger, 2020).

L'isolement

Premièrement, isolement est un dérivé du mot isoler qui signifie « mettre quelqu'un physiquement à l'écart des autres hommes par mesure de protection », mais aussi « tenir quelqu'un moralement à l'écart, lui empêcher toute relation » (Larousse, 2020). Ainsi, ces termes ne peuvent que faire songer à une période ayant pour volonté de mettre les « fous » à l'écart, les séparer du reste de la population (Friard, 2002). Ces définitions ne peuvent que laisser pantois lorsque l'on songe qu'il est question d'empêcher toute relation au patient ; ainsi, l'alliance thérapeutique n'est-elle pas essentielle aux soins psychiatriques (Perritaz & Gothuey, 2018, p.47) ? Comment la mise à l'écart du patient pourrait-elle alors être un soin ? En ce sens, Friard détermine que l'isolement se rapporte « à la situation du patient vis-à-vis des autres patients hospitalisés, mais d'aucune façon et en aucun cas vis-à-vis de l'équipe soignante » (2002, p.19).

La chambre de soins intensifs relève du domaine des moyens de contrainte et est de surcroît la mesure de ce type la plus utilisée en Suisse (Fitaire, 2020). Il s'agit donc de restreindre les allées et venues et également d'isoler le patient hors du milieu pathogène. D'autant plus que la chambre d'isolement, au sein d'une unité psychiatrique, revêt donc un isolement du milieu isolant (Gauthier, 2009, p.50). La chambre de soins intensifs en elle-même aurait donc un aspect sécuritaire indéniable qui aurait pour conséquence une diminution de

l'attention octroyée au bien-être du patient (Gauthier, 2009 ; Giloux, 2009). De manière plus concrète, la chambre d'isolement ou de soins intensifs est un espace fermé à clé et sécurisé : les effets personnels ne sont en général pas admis et le mobilier y est limité et rudimentaire (Fitaire, 2020 ; Giloux, 2009).

En somme, la mise à l'écart est une pratique reconnue et principalement orchestrée par les soignants qui sont le plus souvent au contact des patients (Townsend, 2010). Aussi, l'utilisation de l'isolement en psychiatrie est le résultat de l'héritage asilaire de la discipline (Bittolo, 2018 ; Giloux, 2009).

Enfin, le terme utilisé dans ce travail est celui de chambre d'isolement, pourtant des terminologies plus modernes existent : chambre d'isolement thérapeutique ou encore chambre de soins intensifs notamment, chambre de sécurité, de détente, de décompression ou d'apaisement ; les termes d'espace fermé et de cellule ont également été employés (Giloux, 2009, p.56 ; Mazoyer, 2014, p.166 ; Ouharzoune & Agrech, 2005, p.127). Ce changement de nom au sein des équipes s'explique dans le but de mettre en avant la notion de soins et d'actes thérapeutiques (Ouharzoune et Agrech, 2005). Friard soutient qu'il ne sert à rien de changer le nom de cette chambre si les pratiques ne changent pas (2002, p.20).

Pratiquée en psychiatrie, cette forme de réclusion a une visée thérapeutique, c'est en tout cas la volonté qui est véhiculée (Drillot et al., 1996 ; Friard, 2002 ; Ouharzoune & Agrech, 2005). L'isolement du patient hors de son milieu pathogène est instrument de guérison (Grossen et Perret-

Clermont, 1992, p.40). Le but est la préservation du risque agressif (Drillot et al., 1996). Selon Langenfeld et Merklings, il s'agit également de faire bénéficier le patient de la fonction de pare-excitation de la chambre (2013). Dans le même ordre d'idées, la chambre de soins intensifs a également des effets hypostimulants, contenant, apaisants et protecteurs (Friard, 2002 ; Vignat, 2009). De plus, dans les écrits de Ouharzoune et Agrech, cela va au-delà, avec le détail du potentiel de la chambre d'isolement pour prévenir le risque de passage à l'acte agressif, le risque de rupture thérapeutique, en tant qu'élément du projet de soins, par la diminution des stimulations extérieures ou encore sur demande du patient lui-même (2005, p.66).

Comme tous soins, la chambre de soins intensifs a des indications comme mentionnées ci-dessus, mais également des contre-indications : tous citent une pathologie somatique non-stabilisée ou la prise de substances psychoactives (extérieures à la médication), mais encore l'utilisation de la chambre d'isolement en tant que punition ou pour pallier au manque de personnel (Cano & Boyer, 2011 ; Friard, 2002 ; Ouharzoune & Agrech, 2005). De plus, lorsque la mesure de contrainte n'est pas indiquée, elle a comme potentiel de « renforcer les angoisses persécutoires [...] voire engendrer elle-même des réactions agressives » (Cano & Boyer, 2011, p.591). En outre, ils évoquent également la compromission « de l'adhésion ultérieure aux offres de soins » à cause des mesures de contraintes (Cano & Boyer, 2011, p.592). Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) constate en 2013

que « des pratiques gravement attentatoires aux droits fondamentaux dont l'efficacité thérapeutique n'est pas prouvée » sont perpétrées dans les services français et que la prise en charge relève plus d'une vision disciplinaire que thérapeutique (Bittolo, 2018, p.186). De surcroît, Morisset relève que les pratiques ne sont d'une part pas harmonisées, mais encore que des abus sont constatés (2018). Dans leur étude, Perritaz et Gothuey soulignent que « le vécu de l'isolement affecte la confiance du patient envers l'équipe des soins » (2018, p.40).

La chambre de soins intensifs a, pour atteindre ses objectifs, fonction de fournir un cadre au bénéficiaire de soins : « [...] le thérapeute n'opère pas *ex nihilo*, mais dans un contexte socioculturel qui étaye sa démarche par les règles et les normes qu'il fournit, par la symbolique qu'il met à disposition [...] » (Grossen et Perret-Clermont, 1992, pp.26-27). On peut ainsi appuyer cette notion de cadre et la fonction qu'il procure. En outre, il serait intéressant de se questionner si l'aspect symbolique d'être enfermé dans une chambre après un acte blâmable ne renverrait pas à des sensations très enfantines liées à une punition avec un retour en chambre ordonné par des figures parentales. Partant de cette hypothèse, il y aurait une forme d'autoguérison possible par cette régression (Winnicott, 1965, cité dans Grossen, M. & Perret-Clermont, 1992). Cette analogie avec la régression est également évoquée par Perret et Fadhlouï en 2009. En effet, selon le premier, l'isolement coïncide avec des mouvements régressifs intenses, mais encore, la fragmentation spatio-

temporelle et des perceptions corporelles exprimées par les soignés ferait écho à des contenus archaïques décrits par Winnicott à propos de l'angoisse de morcellement (p.60). La seconde fait également état du risque d'infantilisation avec l'utilisation de la chambre d'isolement (Fadhlaoui, 2009, p.30). Elle fait aussi un lien entre la relation sécurisée possible avec les soignants. Pour cette même auteure, la chambre de soins intensifs pourrait permettre au bénéficiaire de soins de vivre son besoin de régression tout en maintenant une ouverture, un lien avec l'« autre » qui laisserait ainsi cette expérience de dépendance se vivre pour ainsi passer de la rage du désespoir au chagrin bloqué du petit enfant (p.34). Cette régression serait en lien avec la dépendance matérielle et psychique du patient à l'égard de l'équipe soignante (Vignat, 2009, p.20). Pour Sturm, psychiatre praticienne en santé mentale, la chambre de soins intensifs représente la possibilité de tester ses propres limites et de pouvoir ainsi mieux s'approprier. De plus, elle considère que la contrainte peut être source de liberté en apportant un déclic, « une fenêtre à côté de la porte close ou verrouillée » (2020, p.18).

Un aspect important de la thématique de ce travail est l'utilisation croissante de ce moyen de contrainte (Bittolo, 2018; Cano & Boyer, 2011). Les facteurs responsables de celle-ci seraient entre autres la déshumanisation de la médecine (en lien avec l'hyperspécialisation, la compartimentation du soin ainsi que les investigations paracliniques), la judiciarisation de la relation patient-médecin, qui « peut amener le médecin à se protéger plus qu'à

protéger ce dernier de sa souffrance » ainsi que les restrictions budgétaires institutionnelles (Cano et Boyer, 2011, p.590). En effet, le renforcement du penchant administratif pour les corps médicaux et soignants augmente l'utilisation des moyens de contraintes (Bittolo, 2018). En revanche, le bénéfice de l'utilisation systématique de la chambre d'isolement en début d'hospitalisation n'a pas été scientifiquement établi (Cano & Boyer, 2011). Par ailleurs, les protocoles apparaissent comme les catalyseurs d'une augmentation des mesures de contrainte (Bittolo, 2018). Pour contextualiser, il est à noter que la Suisse faisait état du taux d'isolement le plus élevé en Europe en 2010 avec une utilisation pour plus de 17 patients sur 100 (Morisset, 2018). D'autant plus qu'il a été remarqué une augmentation conséquente des services fermés dans les hôpitaux psychiatriques suisses avec comme volonté réactionnelle de diminuer l'utilisation des mesures coercitives. De surcroît, il est important de noter qu'une étude japonaise permet de mettre en avant l'importance de la présence infirmière dans la prévention de l'utilisation des moyens de contraintes (cité dans Morisset, 2018, p.83).

A contrario de la logique, les avancées médicales notamment en neurobiologie et en pharmacologie ne rendent que partiellement service à la psychiatrie. En effet, la neuroscience tend à la catégorisation et à l'évaluation de symptômes-cibles pour déterminer la pathologie mentale : il n'est plus alors tenu compte de la globalité psychique et affective de la personne (Cano & Boyer, 2011). L'évolution des pratiques psychiatriques tend vers

l'administration de traitements psychotropes et la mise en place de mesures d'aspect éducatif ; en ce sens, l'auteur mentionne également l'attention que les soignants prennent afin que le patient ne « s'installe » pas dans l'unité - et donc, peut-on supposer à augmenter la distance relationnelle avec celui-ci. De plus, la dissociation des soins avec une justification technique et administrative tend à la compartimentation des problèmes du patient et donc la réalisation également d'actes de soins dissociés et sans lien entre eux (Bittolo, 2018). Aussi, pour lui et Cano & Boyer (2011), l'absence de philosophie de soins partagée entraîne également un détachement de la relation au patient et donc une prise en charge plus technique favorisant ainsi l'utilisation des moyens de contraintes. Mais encore, Bittolo met en avant l'importance que « l'équipe » prenne soin d'elle afin de pouvoir prendre soin de ses patients (2018). Il y a perte de cet aspect causale dans les services.

Finalement, dans une étude de portée internationale, Morisset met en évidence les conclusions des auteurs qui font état des axes d'améliorations proposés par les patients ; ceux-ci amènent comme possibilité des facteurs environnementaux, mais également le besoin d'interactions ou encore la formation du personnel soignant afin de prévenir les événements menant à la chambre d'isolement (2018). Le même auteur conclut que les bénéficiaires de soins déplorent le manque de communication à but préventif.

Pour de nombreux auteurs, la solution n'est pas la mise en place d'un protocole qui serait délétère : automatismes, manque de disponibilité pour le

patient, manque d'adaptabilité et de soin personnalisé, de potentielles conséquences juridiques et/ou administratives en cas de non-respect, un soin figé et un manque de réflexion et d'autocritique (Fontaine, 2009 ; Gauthier, 2009).

Pour Halos, le débat relatif à l'isolement n'est pas clos (2009, p.70). Gauthier relate que dans son service sans chambre d'isolement la construction de l'alliance thérapeutique au travers d'une base de confiance a des résultats significatifs sur les épisodes qui auraient pu mener à un isolement dans d'autres services (2009). Fontaine relève également ce dilemme entre isolement et compliance aux soins (2009). Aussi, une étude américaine revue par Morisset, a pour conclusion qu'un changement de pratique est possible et que ses conséquences sont nombreuses et interactionnelles : la diminution de l'isolement influence et est influencée par une diminution de l'agressivité et une expérience plus positive des patients et des soignants. En conséquence, la piste du développement du jugement clinique infirmier au sein de la prise de décision autour des mesures d'isolement devrait être développée (Morisset, 2018). Il paraît intéressant de se questionner sur la pertinence de l'isolement alors même qu'il est mis en avant que cet acte altère la confiance du patient envers l'équipe et augmente la durée d'hospitalisation (Perritaz & Gothuey, 2018, p.40).

Agressivité et violence

Pour commencer, des définitions de la violence et de l'agressivité sont explicitées afin de nuancer ces termes. Puis, le lien entre ces notions et le

domaine de la psychiatrie est explicité. Ensuite, les facteurs de risque de passage à l'acte agressif sont exposés.

La violence vient du latin « violentia » signifiant « abus de force ». L'OMS la définit comme suit :

La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès (n. d.).

Selon les mots de Pierre Benghozi « La violence est une attaque contre le lien.

(...) Qu'elle soit physique, psychique ou sexuelle, la violence est intrusive et porte atteinte à l'intégrité de l'autre » (2010).

Quant à l'agressivité, étymologiquement elle vient du latin « ad-gressere » qui signifie « aller vers ». En français, cela a donc une double signification : à la fois une attitude négative d'attaque envers autrui et une attitude plus positive qui se réfère à l'affirmation de soi et à la combativité. L'agressivité est « un comportement agressif verbal, non verbal ou physique qui constitue une menace (pour soi-même, autrui ou la propriété d'autrui) ou un comportement physique qui cause effectivement des dommages (pour soi-même, autrui ou la propriété d'autrui) » (Morrison, 1990, in Nijman et al., 1999, p. 200, traduit par l'auteur).

L'hospitalisation en milieu psychiatrique engendre un certain nombre de stressseurs environnementaux et interpersonnels pouvant interagir avec les biais cognitifs des patients et s'y additionner. Nijman et al. (1999) tentent de modéliser les facteurs contribuant aux passages à l'acte agressif des patients

hospitalisés en psychiatrie. Ils identifient des variables externes (environnement, unité), interactionnelles (soignants) et internes (patient). Il est reconnu que la maladie mentale peut amener à des états intrinsèquement violents, auxquels toutefois se surajoutent un environnement institutionnel pouvant également générer cette violence (Velpry repris par Michel, 2020).

Tout d'abord, concernant les facteurs environnementaux, il a été constaté que la fermeture des portes, le manque d'intimité ou encore la suroccupation des services sont des facteurs de risque potentiels. Ce n'est pas le manque d'espace en lui-même qui génère l'agressivité, mais plus le fait qu'en cas de suroccupation, les patients interagissent plus entre eux et que les soignants, étant surchargés, sont donc moins disponibles. Par conséquent, le stress de l'hospitalisation risque d'être accru par des intrusions dans l'espace personnel du patient et donc déclencher des actes agressifs pour préserver le territoire personnel. Il a également été relevé que la grande majorité des actes agressifs sont commis dans des unités de soins fermées ou semi-fermées (Salamin, Schuwey-Hayoz & Bickel, 2010).

Quant aux facteurs relationnels, les tensions entre soignés et soignants ainsi qu'entre patients eux-mêmes peuvent s'expliquer par le fait qu'il y a des difficultés de communication, un cadre peu clair ou une mauvaise relation thérapeutique initiale (Salamin et al., 2010).

Du point de vue des soignants, ce sont les facteurs internes du BDS qui créent l'agressivité alors que pour les patients, elle survient surtout à cause de contraintes interactionnelles (Salamin et al., 2010).

En outre, certains symptômes tels qu'hallucinations et délires, consommation d'alcool ou de drogues ainsi que la perception qu'a le patient de sa situation et de comment il la vit en fonction de son état cognitif et émotionnel, jouent un rôle majeur dans le risque d'un passage à l'acte agressif (Salamin et al., 2010).

Dans le milieu de soin psychiatrique, la violence et/ou les passages à l'acte agressif sont présents en permanence et représentent une source de danger pour le personnel soignant ainsi que pour les autres bénéficiaires de soin (Salamin et al., 2010 ; Schuwey-Hayoz & Needham, 2006).

Selon ces derniers, même si la majorité des passages à l'acte sont verbaux et/ou physiquement dirigés vers des objets, les conséquences d'actes de violence ne sont pas à négliger. Il est vrai qu'ils ont une grande répercussion sur le personnel soignant tant sur un plan personnel que professionnel. En effet, les soignants victimes ou témoins d'actes agressifs peuvent souffrir de différents troubles tels que blessures physiques, perte d'appétit, nausées, insomnie, réactions nerveuses, etc. Ceci peut conduire à un repli sur soi, un sentiment de culpabilité et une perte d'estime de soi. Professionnellement, il y a un risque qu'ils perdent confiance en leur environnement de travail, qu'il y ait des conflits entre collègues ainsi qu'une démotivation et un sentiment d'incompétence. Le fait que certains soignants se retrouvent en arrêt maladie, voire vont même jusqu'à démissionner de leur place de travail, est la conséquence ultime de la violence. Il paraît important de préciser que même si les conséquences ne sont pas toujours si radicales, toute personne soignante

ayant subi ou été témoin d'acte agressif physique ou verbal en garde des séquelles, au moins à court terme (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006).

Ainsi, en réaction à cette agressivité, il est mis en avant que c'est la raison qui justifie le plus l'utilisation des mesures de contraintes, avec les troubles psychotiques aigus (Morisset, 2018, p.83). L'isolement est donc souvent lié aux situations d'agressivité et de violence (Vignat, 2009, p.19).

Toutefois, il est intéressant de noter que la diminution de l'utilisation des mesures de contraintes a une influence positive sur la diminution du nombre de passage à l'acte agressif (Morisset, 2018).

Aussi, la mise en chambre de soins intensifs est considérée comme « un acte éminemment violent a priori » (Fadhlaoui, 2009, p.30). Il s'agit donc d'une réponse violente à la violence d'un patient... Il convient donc de tenir compte de ce double mouvement. L'auteure décrit également cette chambre comme un espace clos et violent par son inhumanité (p.32). Toutefois, elle retient que la chambre de soins intensifs permet de « poser une limite efficace physique et psychique aux débordements de violence une fois que tous les moyens traditionnels de contenance par la parole sont apparus impossibles » (p.34). Il convient donc de se questionner au sujet des moyens de contenance d'allure relationnelle et s'ils sont connus et utilisés dans les services ? Ainsi, comme le mentionne Fadhaoui : « les équipes soignantes sont-elles conscientes qu'un travail thérapeutique est possible autour de l'acte violent ? » (2009, p.34). Michel publie un article dans la revue de Pro Mente Sana qui exprime ainsi :

On repère pourtant des manques qui questionnent, comme celui de la formation des équipes à la désescalade émotionnelle et verbale, du développement de dispositifs et procédures permettant de réduire le recours à la violence, ou encore le manque d'une formation des soignants à des pratiques d'autodéfense aidant à réduire le sentiment d'insécurité face à quelqu'un de possiblement menaçant. (2020, p.9).

La question qui se pose est : « comment prendre en charge un patient qui fait peur, un patient potentiellement violent alors que l'un des premiers réflexes est la protection, la mise à distance ? » (Morisset, 2018, p.87). C'est pourquoi les auteurs jugent pertinent d'investiguer les données probantes afin de démontrer les pratiques les plus adaptées à une prise en charge de la violence qui mène en isolement.

Synthèse

Les moyens de contraintes sont fortement liés à la psychiatrie. La pratique la plus commune est l'isolement. Aussi, il a été mis en évidence que l'isolement est utilisé le plus fréquemment pour faire face à l'agressivité. En outre, les auteurs de ce travail ont mis en évidence des lacunes au niveau de la prise en charge de cette agressivité, mais aussi des moyens qui permettent de la désamorcer. C'est pourquoi ils ont décidé de s'intéresser à la prévention des actes agressifs menant en isolement. La question de recherche qui se pose donc est « en psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ? ».

Concepts retenus

Suite aux réflexions proposées dans la problématique, les auteurs de ce travail ont décidé d'approfondir les thématiques suivantes dans le prochain

chapitre : un approfondissement de la thématique de l'agressivité spécifiquement dans le domaine de la psychiatrie, la communication ainsi que les techniques de communication dans la relation d'aide et pour terminer le concept d'alliance thérapeutique. L'ensemble de ces concepts sera donc approfondi dans le chapitre suivant.

Perspectives éventuelles pour la pratique infirmière

Ainsi, les expériences pratiques de chacun des membres du groupe ont démontré des conditions parfois limites de mise en œuvre des mesures de restriction de la liberté. En effet, malgré une volonté publique d'améliorer les pratiques, la réalité et les mentalités démontrent parfois le contraire.

Même si à l'heure actuelle, la plupart des ouvrages mentionnent que les mesures de coercition ne sont pas une punition (Friard, 2002; Ouharzoune & Agrech, 2005), elles sont encore largement utilisées dans la pratique pour pallier à l'agressivité réelle ou potentielle ou pour faire face au manque de personnel (Morisset, 2018).

Aussi, il a été remarqué que des actes visant la prévention de la mise en chambre d'isolement permettaient de réduire de manière significative leur nombre (Morisset, 2018 ; Perritaz & Gothuey, 2018).

Actuellement, plusieurs études récentes offrent des pistes qui seraient intéressantes à explorer et à exploiter (Bowers et al., 2015; Morisset, 2018). On remarque ainsi que la plupart de ces mesures ne coûte rien ou demande peu de moyens et qu'il est donc envisageable de les implémenter dans les

services. Au vu des conditions sanitaires actuelles et avec le développement d'une vision plus humaniste et humaine du soin, dans un paradigme d'humanité, il devient nécessaire d'entreprendre des actes visant la meilleure prise en soins possible des personnes (Bittolo, 2018; Cano & Boyer, 2011). Par ailleurs, une meilleure formation des équipes soignantes ou encore un lien thérapeutique affiné avec les bénéficiaires de soins apportent un impact intéressant sur l'utilisation de l'isolement (Morisset, 2018).

**Chapitre 3 : Concepts et champs disciplinaires
infirmiers**

Dans ce chapitre, les auteurs de ce travail vont préciser les termes identifiés dans la problématique qui seront utilisés pour approfondir la thématique de recherche. En outre, une théorie de soins sera utilisée afin de déterminer un cadre théorique permettant d'inscrire le sujet dans la discipline infirmière.

Concepts retenus

Agressivité

Dans ce chapitre, les auteurs vont approfondir le concept d'agressivité. Il convient de mentionner à nouveau que les termes de violence et agressivité sont proches l'un de l'autre et sont parfois utilisés de manière indifférenciée par les auteurs. Aussi, les membres du groupe emploieront parfois le terme de violence au fil de ce travail en fonction des termes utilisés dans les ouvrages de référence. Pour mieux comprendre cela, la réflexion de de Miribel considérant la violence comme un comportement résultant de pulsion agressive peut être gardée en tête (2018, p.114).

Friard, pour mieux définir l'agressivité s'appuie sur les termes anglais renvoyant à ce concept. Ainsi, il différencie le mot *agressiveness* qui correspond à une agressivité positive en lien avec l'adaptation et le dynamisme, du terme *agressivity* qui fait référence à la conception négative également véhiculée par le mot français. Il en vient donc à conclure que le premier, *l'agressiveness* « serait une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement » et le second « serait la projection d'une énergie interne destructrice » (Friard, 2012, p.56). Aussi, la forme adaptative

de l'agressivité serait donc une aubaine pour le patient qui s'engagerait ainsi dans sa prise en soin, tandis que sa forme plus négative serait un obstacle. Il ne faut toutefois pas oublier que dans son origine étymologique, le mot agressivité détermine un mouvement vers l'autre, « aller vers ». Selon Friard, il y a donc une certaine forme d'agressivité inhérente aux rapports humains (2012). De Miribel énonce lui aussi que le patient et le soignant sont tour à tour auteur et victime (2018). Pour qu'il y ait comportement agressif, deux personnes doivent être engagées dans la relation (Karli dans Friard, 2012, p.58). Il y a donc ici un rôle à jouer par le soignant.

De surcroît, il convient de mentionner que l'agressivité se manifeste généralement à la suite d'un besoin, qui peut être d'origines diverses, auquel il n'y aurait pas eu de réponse. Lorsqu'elle paraît, elle peut donc s'exprimer au travers de trois comportements : l'attaque, la fuite ou l'inhibition. On peut donc conclure que ce ne sont pas des mouvements qui concourent à l'*empowerment* et l'adhésion dans la relation du bénéficiaire de soins (Friard, 2012).

Ensuite, il est nécessaire de préciser la nature asymétrique de la position entre le patient et le soignant qui sont dans une relation verticale. Le BDS ressent alors une forme de dépendance envers le représentant des soins. Face à lui se retrouve un professionnel de la santé qui doit respecter des contraintes institutionnelles, maintenir un cadre, pallier un manque de personnel et tenir un planning ; ces éléments sont donc des facteurs de risque potentiels d'agressivité de la part du soignant qui doit également veiller au contre-

transfert qu'il renvoie au patient (Friard, 2012). Finalement, considérant également les interactions au sein du service, chaque soignant est donc confronté à un triple potentiel agressif : le sien, celui de ses collègues et finalement celui du patient. Pour se protéger lui-même, l'infirmier devrait donc exploiter ces agressivités.

Face à cela, de Miribel précise que malgré le caractère quotidien de la violence, paradoxalement celle-ci est absente des programmes de formation - ce que peuvent confirmer les auteurs de ce travail qui n'ont reçu qu'une formation sommaire en la matière (2018). La formation est pourtant une ressource majeure. Cano & Boyer expriment également la nécessité d'une part de formation et d'autre part d'expérience dans le but de contenir psychiquement les patients (2011). Les moyens de contenance par la parole sont également une piste (Fadhlaoui, 2009).

Pour conclure, la violence a diminué et peut encore l'être (Demailly, 2011).

Communication

Comme décrit précédemment, il a été démontré que les mesures coercitives sont largement controversées et c'est pourquoi il convient de trouver des solutions alternatives. Il est primordial de ne pas oublier que quoi que l'on fasse, le soin en psychiatrie se compose d'une relation d'aide dans laquelle il faut tenir compte des spécificités de chaque personne ainsi que de leur environnement. Il est aussi bien de relever que le bénéficiaire de soin doit être mis à contribution dans sa prise en soin : par le dialogue et la

communication afin de trouver des solutions appropriées à sa situation. Cela met en avant le fait que ce n'est pas au soignant seul de trouver les solutions, mais que c'est un projet commun (Michaud & Morin, 2003). C'est pourquoi il a été choisi de mettre en avant la communication comme concept en tant que tel, car elle prend une part importante dans la relation d'aide. Comme le disaient Beavin, Jackson et Watzlawick en 1967 : « On ne peut pas ne pas communiquer », ce qui est encore d'actualité.

C'est vers la fin des années 40 que beaucoup se sont intéressés à la façon de communiquer. Ainsi, en 1948, Shannon et Weaver ont vu la communication comme un message télégraphique. Ils proposent la théorie selon laquelle il y aurait une source émettrice se codant pour devenir un message qui serait ensuite décodé par un destinataire. Ils soulignent le fait que le message puisse être parasité par plusieurs facteurs externes altérant ainsi la communication. Cette analyse-là se limitait à la communication entre deux individus.

Plus tard, Jakobson, se basant toujours sur le même modèle, cherche à englober les différents facteurs intervenants dans chaque situation. D'ailleurs, il constate que le message à transmettre, le contexte, le contact entre l'émetteur et le récepteur sont des notions importantes à intégrer. C'est ce qui lui permet de définir des fonctions spécifiques à la communication. Le modèle de Jakobson introduit une dimension psychologique à la théorie proposée par Shannon et Weaver (1960).

En finalité, même si l'étude de la communication persiste, aucun élément nouveau significatif n'a fait son apparition depuis l'élaboration des modèles

explicités ci-dessus. La communication est donc une affaire humaine essentielle et permanente qui peut également être non-verbale, elle est volontaire ou non et possède de nombreux biais (Beavin et al., 1950).

Les techniques de communication dans la relation d'aide

Plusieurs techniques de communication permettent de faciliter la relation d'aide entre le soignant et le soigné. Les auteurs en font ici une liste non-exhaustive.

Pour communiquer, il est aussi bien de savoir écouter afin d'être pleinement dans la relation. De cette manière, deux formes d'écoute sont possibles : passive et active. Dans la première, le soignant interagit peu avec le patient, le fait de manière brève par des hochements de tête ou des onomatopées l'incitant à continuer son récit. Tandis que dans l'écoute active, il y a un vrai échange entre les deux personnes. Le soignant questionne et cherche à comprendre son interlocuteur. Pour ce faire, les soignants vont mobiliser plusieurs techniques de communication tels que le reflet pour faire valider ce qu'il a retenu et l'inciter à poursuivre ; la reformulation pour s'assurer que sa compréhension est la bonne. Dans le même ordre d'idée, il est parfois approprié que le soignant fasse un résumé de l'entretien ou de la discussion pour être sûr que sa compréhension est congrue. Cela permet également au patient de prendre conscience de ce qu'il a dit et de pouvoir affiner sa pensée, au besoin. Le fait de clarifier évite des comportements agressifs et fait ressentir au patient que quelqu'un lui porte un réel intérêt (Josse, 2019).

Un autre outil permettant d'éclaircir le discours est le questionnement. Il est également utile pour recueillir des informations, approfondir une idée émise par le soigné, pour relancer la conversation, encourager le patient à continuer la discussion, stimuler la réflexion ainsi qu'orienter vers l'action et donc vers la recherche de solutions. De plus, il est dénombré trois grands types de questions : fermées, ouvertes et indirectes. Les questions fermées permettent au soignant de récolter des informations précises qui seront utiles pour l'anamnèse ou pour clarifier des propos. Le patient répondra par oui, non ou par l'information qui lui est demandée ; il n'y a que très peu d'approfondissement. Les questions ouvertes, quant à elles, laissent place à un développement plus conséquent et ne suggèrent pas forcément une attente particulière dans le discours du bénéficiaire de soins, c'est donc lui qui choisit le contenu et l'ampleur de la réponse qu'il va donner. Elles encouragent donc la personne à faire part de ses ressentis, de ses sentiments, de ses opinions, de sa vision et permettent de mettre en évidence les causes d'une problématique et d'y trouver des solutions. Les questions indirectes sont désignées comme telles, car elles ne contiennent pas de mot interrogatif. Cependant, elles permettent de relancer le patient sur un sujet particulier et ainsi d'approfondir le questionnement et de vérifier la compréhension (Josse, 2019).

Il est également relevé qu'il est important de laisser la place au silence dans la discussion. Cela laisse la possibilité au patient de faire preuve

d'introspection, de se mettre en lien avec ses sentiments et d'élaborer sa réponse suite à l'aboutissement de sa réflexion (Josse, 2019).

Au-delà des techniques de communication explicitées ci-dessus, les auteurs se sont penchés sur une méthode de communication particulière : la Communication NonViolente (CNV). En effet, dans son ouvrage « Les mots sont des fenêtres (ou des murs), introduction à la Communication NonViolente » (1999), Rosenberg amène des pistes pour une communication de qualité qui permet de transformer des conflits potentiels en dialogues paisibles, de briser les schémas de pensée menant à la colère ou à la déprime, de dire ce qui est désiré sans hostilité, de communiquer avec compassion en utilisant l'empathie, et de faciliter la relation que l'on a à l'autre. Les quatre concepts sur lesquels Rosenberg se base sont les observations, les sentiments, les besoins et les demandes. La mise en pratique de cette méthode consiste à observer l'autre ce qui permet d'identifier la naissance de l'agressivité. De fait, il faut analyser les sentiments que les deux parties ressentent et les verbaliser afin de désamorcer un potentiel comportement agressif. Suite à cette analyse, il convient que les deux intervenants identifient leurs besoins du moment et les formulent de manière bienveillante. Selon Rosenberg, la violence ou l'agressivité dans la communication viendrait du fait que les besoins des individus sont insatisfaits, d'où l'importance de les prendre en compte. Il met également en avant les notions d'empathie, de bienveillance, de respect de soi et de l'autre, d'équilibre et de tolérance ainsi que d'élan du cœur qui seraient, selon lui, le côté positif et sincère que chaque individu possède.

La CNV est basée sur plusieurs techniques de communication explicitées précédemment auxquelles s'ajoutent les notions d'empathie et de bienveillance. Elle permet de désamorcer les conflits et amène un statut plus égalitaire aux deux parties en impliquant la responsabilité de chacun.

Alliance thérapeutique

Considérant que l'infirmier est un des professionnels des soins le plus en contact avec le patient, il est raisonnable de penser que sa relation avec ce dernier a une influence sur le parcours thérapeutique. De surcroît, l'alliance thérapeutique est un outil mesurable encore peu développé, malgré son potentiel en santé mentale notamment, avec ses possibilités pour favoriser une meilleure compliance (Phaneuf, 2016). Elle est une facette intéressante à exploiter lorsqu'il s'agit de réduire l'agressivité menant en isolement. En effet, la relation entre patients et soignants a un réel impact sur la qualité de la prise en charge (Morisset, 2018). Aussi, il est donc important de mieux définir ce terme.

L'alliance thérapeutique est un construit conceptuel du lien thérapeutique (Mateo, 2012 ; Rodgers et al., 2010). Sorte de contrat moral entre le patient et le thérapeute, elle se base notamment sur la collaboration, la mutualité et la négociation (Bioy et Bachelart, 2010 ; Despland, de Roten, Martinez, Plancherel et Solai, 2000 ; Mateo, 2012 ; Valot et Lalau, 2020). C'est un concept dynamique issu de la psychanalyse (Baillargeon et Puskas, 2013 ; Despland et al., 2000 ; Mateo, 2012 ; Phaneuf, 2016 ; Rodgers et al., 2010, Valot et Lalau, 2020). L'alliance thérapeutique est donc multidimensionnelle.

Pour certains, elle comporte 3 dimensions : le lien, les objectifs et les tâches (Bourdin, 1979 repris par Baillargeon et Puskas 2013 ; Bioy et Bachelart, 2010 ; Rodgers et al., 2010). Premièrement, le lien a trait à la qualité affective ayant pour fondements la confiance, la sollicitude et l'engagement. Deuxièmement, les objectifs se rapportent à un travail partagé sur la problématique. Troisièmement, les tâches représentent les activités dans lesquelles s'engagent les deux parties ; celles-ci devraient répondre aux attentes du BDS et se situer dans sa zone de confort (Baillargeon et Puskas, 2013). L'alliance thérapeutique repose sur 4 types de relations : la relation de civilité, soit l'accueil du patient, la relation fonctionnelle, c'est-à-dire la satisfaction des besoins du patient, la relation de confiance et la relation d'aide. Aussi, même si l'alliance thérapeutique s'apparente par certains aspects à la relation d'aide, elle s'en différencie toutefois par son aspect dynamique et sa composante d'action (Phaneuf, 2016). Ce partenariat est parfois assimilé au concept de transfert, mais plusieurs auteurs l'en différencient, car l'alliance ne considérerait que l'aspect d'un transfert positif (Deville, 2018). La frontière est toutefois poreuse, mais l'alliance reste centrée autour de la relation vraie (Bioy et Bachelart, 2010).

Composé de deux termes distincts, ce concept s'appuie donc sur les notions d'alliance et de thérapeutique. L'alliance se rapporte à l'union par engagement mutuel de deux éléments. Il est intéressant de remarquer que Valot et Lalau mettent en avant qu'originellement ce terme faisait également référence au

sens de contrainte, voire d'enchaînement (2020). Thérapeutique détermine la notion de prendre soin de (Mateo, 2012). Ainsi, il s'agit de prendre soin en s'engageant. Issu de la psychanalyse, ce terme revient, pour Freud, à un pacte, un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute (Mateo, 2012, p.65). Selon Rogers (1957), il s'agit de « la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute, qui influence le travail thérapeutique » (Mateo, 2012, p.65). Mais encore, l'alliance thérapeutique est également un pacte reposant sur la présence, la confiance et la conscience commune (Ricoeur, 2011, cité dans Mateo, 2012, p.65). Selon Baillargeon et Puskas, l'alliance thérapeutique est une entreprise de collaboration qui serait assimilable à ce qui se passe entre les joueurs d'une même équipe (2013). Valot et Lalau indiquent que cette alliance inclut tous les aspects de la relation thérapeutique : compétence du thérapeute, négociation mutuelle d'un accord, la négociation en elle-même, sollicitude, collaboration, mutualité, partenariat, lien affectif, confiance et engagement (2020, p.764). Utilisée, pratiquée dans le domaine de la santé, elle est particulièrement adaptée pour les soins relationnels et psychiatriques (Phaneuf, 2016 ; Rodgers et al., 2010). C'est ainsi Carl Rogers qui aurait permis, au moyen de ses travaux, d'adapter ce terme au domaine des soins infirmiers psychiatriques (Phaneuf, 2016). Il affirme que la relation elle-même est déjà curative au moyen de l'empathie, de l'authenticité et de la chaleur humaine (Deville, 2018).

En outre, il est à noter que la relation de soin est le fondement du traitement et en est indispensable (Valot et Lalau, 2020). De cette manière, l'alliance thérapeutique a pour but d'amener le patient vers un état de mieux-être. On retrouve donc la notion de progression (Phaneuf, 2016). Elle favorise également le succès de l'intervention (Baillargeon et Puskas, 2013).

L'alliance thérapeutique est influencée par les facteurs inhérents aux deux parties prenantes de cette interaction : le patient et le soignant. Elle l'est aussi par la communication non-verbale et le cadre thérapeutique (Mateo, 2012). Ainsi, les facteurs influençant le niveau de l'alliance inhérents au patient sont les aspects diagnostiques comprenant la sévérité symptomatologique, les capacités interpersonnelles en matière de relations sociales et de stress, les dynamiques intrapersonnelles comme la motivation au changement, la relation d'objet et les styles d'attachement (Rodgers et al., 2010). Concernant les facteurs d'influence propre au soignant, il s'agit notamment de la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, l'intérêt, l'assurance et l'ouverture (Rodgers et al., 2010). Pour les facteurs d'influence partagés par les deux acteurs se trouvent l'empathie, la congruence et l'estime du patient. A contrario, les facteurs pouvant péjorer l'alliance sont la rigidité, l'incertitude, une attitude critique, distante, tendue et distraite (Rodgers et al., 2010).

Grâce aux travaux de Rodgers et al., des hypothèses quant aux liens entre alliance thérapeutique et devenir clinique peuvent être faites (2010). Ainsi, ils évoquent un triple potentiel de ce concept : d'une part, l'alliance thérapeutique

améliore la prise du traitement et en potentialise l'effet, d'autre part, elle favorise la thérapie grâce à la co-construction d'un espace interpersonnel de sécurité permettant au BDS de réaliser ses tâches, et pour terminer, l'aspect dynamique de cette relation permet d'amener des cycles de ruptures et de réparation qui sensibilisent le patient à adopter de nouvelles stratégies relationnelles. Ces bris de l'alliance, comme ils sont parfois appelés, conduisent, à leur restauration à renforcer la relation (Bioy et Bachelart, 2010 ; Despland et al., 2000).

De cette manière, Luborsky a pu mettre en évidence que la réussite des psychothérapies issues de divers courants est liée à l'alliance thérapeutique (Bioy et Bachelart, 2010). Elle n'est donc pas une finalité en soi, mais plutôt un levier permettant au patient de s'engager dans son processus de soin (Bordin, 1979 repris dans Bioy et Bachelart, 2010). Cet engagement mutuel a été mis en évidence comme le facteur prédictif le plus important de résultats dans de nombreuses formes de traitement, et notamment chez les patients hospitalisés (Despland et al., 2000).

L'alliance thérapeutique, dans un processus d'engagement du soignant envers le soigné et vice-versa, replace ainsi ce dernier face à sa responsabilité dans son processus de soin (Phaneuf, 2016). L'infirmier prendra alors place dans cette démarche avec compréhension empathique, force motivationnelle, soutien et bienveillance. Le patient, lui, doit s'engager dans ses tâches et sa thérapie pour que celles-ci lui soient alors bénéfiques (Bioy et Bachelart,

2010) ; tandis que le soignant est, lui, responsable de créer l'alliance (Deville, 2018). Il y a donc une part active à prendre dans la relation de la part des deux protagonistes (Despland et al., 2000). Ainsi, elle est « une collaboration essentielle pour l'atteinte des objectifs de santé fixés conjointement » (Valot et Lalau, 2020, p.761).

Pour conclure, Burns et al. (2008) ont pu mettre en évidence que de hauts niveaux d'expression de colère et de dépression sont en lien avec une alliance faible (Bioy et Bachelart, 2010). Cette relation partagée et cet engagement de l'un envers l'autre permettent une diminution des conflits et donc une réduction de l'utilisation de mesures de contraintes (Morisset, 2018). Par conséquent, l'alliance thérapeutique est un outil qui peut être utile dans la diminution de l'agressivité qui mène à l'isolement. Selon Baillargeon et Puskas, il s'agit d'un concept incontournable pour un accompagnement clinique de qualité (2013). Il est également dit que « la sangle qui attache tue le lien humain qui soigne » (Collectif des 39, 2015 repris dans Bittolo, 2018, p.187). Cela souligne l'importance du lien qui existe entre le soignant et le bénéficiaire de soins et l'impact qu'ont, par extension, les mesures de contraintes sur le processus thérapeutique.

Cadre théorique

Le cadre théorique sélectionné est la théorie des relations interpersonnelles d'Hildegard E. Peplau. En effet, cette théorie de soins est particulièrement utilisée dans les unités de soins psychiatriques. Cela est tout à fait pertinent,

car la relation entre l'infirmier et le patient est au centre des interventions en psychiatrie. De plus, cela fait partie de la réflexion de ce travail qui se centre autour des différents moyens de prévenir l'agressivité afin d'éviter la mise en chambre de soins intensifs. De par une volonté de diriger les interventions du côté de la relation et de la communication avec le patient, cette théorie permet d'ancrer l'importance de ces dernières. Effectivement, l'échange verbal devrait être la première action infirmière avant d'amorcer d'autres interventions qui pourraient être mal vécues, tant par le patient que par le personnel soignant.

La théorie de Peplau permet aux infirmiers de comprendre comment le patient réagit face à une situation, dans un contexte donné et permet, par la suite, d'établir une relation qui pourra évoluer durant l'hospitalisation (Peplau, 1995). Il s'agit donc pour l'infirmier de créer un « échange partagé » afin de permettre aux deux personnes de mettre en place des stratégies d'apprentissage et d'adaptation de façon à évoluer ensemble. (Forchuk et al., 1998). Il est donc nécessaire que l'infirmier et le patient puissent créer une relation de confiance afin que chacun puisse s'adapter et progresser. De plus, cette théorie de soins fait partie de l'école de l'interaction et permet de démontrer l'importance de mettre la relation soignant-soigné au centre des interventions infirmières.

Cette relation est composée de quatre étapes : orientation, identification, exploitation et résolution. (Peplau, 1995). Différents rôles sont également définis, certains pour l'infirmier et d'autres pour le patient. Ces derniers vont

évoluer au cours de la relation grâce à l'influence mutuelle des deux acteurs ainsi que de leur environnement et de leurs expériences.

Par ailleurs, le soin est vu comme un processus significatif, thérapeutique et interpersonnel. De plus, il a une fonction éducative et thérapeutique. Il représente donc la relation entre deux personnes (Peplau, 1952).

Dans cette théorie de soins, l'infirmier est présent dans la relation avec le patient dans le but de l'accompagner afin de retrouver sa santé, ce qui permet d'intégrer réellement le patient dans une démarche participative, qui met l'accent sur l'importance d'un partenariat entre le patient et le soignant. De ce fait, le BDS est acteur de sa prise en charge, il ne « subit » pas les soins. Cela démontre que la relation est centrale et importante, la mise en chambre d'isolement d'un patient ne respecte de fait pas cette approche.

Les quatre phases

1. Phase d'orientation : durant cette étape, l'infirmier aide le patient à clarifier ses besoins en lien avec son état de santé.
2. Phase de détermination : c'est à ce moment-là que la personne se situe en fonction de son besoin d'aide puis elle adopte un style de relation avec l'infirmier. Dans cette phase, le soignant assiste la situation en prenant en compte l'histoire du patient.
3. Phase d'exploitation : c'est l'étape durant laquelle le patient va retirer le plus d'avantages de sa relation avec l'infirmier. Il va, en fait, utiliser les services

proposés afin de répondre à ses besoins. L'infirmier est ici un support, un consultant et il aide la personne à tirer profit de toutes les possibilités.

4. Phase de résolution : celle-ci comprend la planification des ressources pour répondre aux besoins du bénéficiaire de soins et permet également d'anticiper les attentes futures. Ici, le patient retrouve son autonomie et la relation peut donc se terminer. Il est également possible qu'il débute un nouveau cycle avec l'infirmier s'il n'a pas pu répondre convenablement à ses besoins.

Application dans la pratique

Quatre étapes sont définies afin d'utiliser cette théorie de soins dans la pratique infirmière. La première est l'observation, elle consiste à identifier, clarifier et vérifier les interactions qui se déroulent entre l'infirmier et le patient. Il est notamment important d'observer les comportements ainsi que les phénomènes interpersonnels. La deuxième phase est celle de la communication. Le but est de déterminer les concepts qui ont du sens pour l'individu afin que les deux parties développent une compréhension commune. Pour ce faire, l'infirmier mobilise des techniques de communication, pose des questions afin de susciter la réflexion et ainsi exploiter le potentiel du soigné. Il est également important de prendre en compte le principe de clarté. La troisième étape consiste en l'enregistrement. En effet, le fait d'enregistrer l'entretien permet de saisir le plus précisément ce qui se passe entre l'infirmier et le patient. La quatrième étape nommée résolution est l'analyse des données centrée sur les hypothèses infirmières. Il faudra ici inspecter les phases de la relation (orientation, identification, exploitation, résolution) et également

mettre en évidence les rôles de l'infirmier et du patient à chacune de ces phases. De plus, il sera également important d'identifier et de jauger les liens du patient avec sa famille, son milieu social et son environnement. Pour finir, il faudra identifier les patterns des deux individus. Ceux-ci peuvent être complémentaires, mutuels, alternatifs ou antagonistes. Ils mettent en évidence certains types de comportements qui se mettent en place dans une relation, ils sont en lien direct avec les différents rôles.

Lien avec l'école des pensées

Cette théorie fait partie de l'école de l'interaction (Debout, 2008 ; Pépin, Kérouak, Ducharme, 2010). L'interaction entre le patient et l'infirmière est l'intérêt central dans cette théorie (Pépin et al., 2010).

Chapitre 4 : Méthode

Le but de ce chapitre est de présenter la formulation de la question PICOT qui pourra ainsi être utilisée pour construire l'équation permettant la recherche d'articles scientifiques qui seront utilisés pour la revue de littérature. La stratégie de sélection des articles ainsi que les résultats obtenus sont également présentés.

Question PICOT

Au début de la démarche d'élaboration de ce travail de Bachelor, la question qui était proposée était la suivante : « quelles sont les interventions infirmières les plus appropriées dans le cadre d'un séjour en chambre de soins intensifs d'un patient en psychiatrie ? ». À travers la revue de littérature, le groupe a commencé à s'intéresser à ce qui amenait à l'utilisation de cette action et de ce lieu thérapeutique pour finalement mettre en avant les indications de la chambre de soins intensifs et notamment le potentiel agressif. Les auteurs de ce travail ont donc identifié les composants suivants de la formulation de la question PICOT :

TABLEAU 1 : CONSTRUCTION DE LA FORMULATION PICOT.

P	Les patients agressifs en psychiatrie
I	Techniques de communication
C	La notion de comparaison dans cette question ne paraît pas pertinente, car l'idée n'est pas de comparer plusieurs interventions
O	La diminution de l'utilisation de l'isolement
T	La notion de temps n'est pas significativement pertinente pour ce questionnaire

En lien avec les recherches effectuées et les apports que celles-ci ont amenés, nous avons débouché sur la question suivante : en psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ?

Les aspects de temps (T) et de comparaison (C) ne paraissent pas appropriés pour ce questionnaire.

Type de question

Notre question est de type intervention. En effet, elle a pour but d'améliorer les conditions d'hospitalisation des patients par l'intermédiaire d'une diminution de l'utilisation de cette mesure de contrainte au moyen de la prévention de l'agressivité grâce aux techniques de communication. Ainsi, comme exprimé plus haut, la chambre de soins intensifs a des effets négatifs sur les soignants et les patients (Fontaine, 2009 ; Morisset, 2018 ; Mouillerac, 2009 ; Ouharzoune & Agrech, 2005 ; Perret, 2009).

Construction de la méthode de recherche

Les membres du groupe ont commencé par traduire les mots-clés en anglais à l'aide de DeepL, un moteur de recherche de traduction. Partant de ces mots-clés anglais, ils ont été insérés dans chaque base de données pour faire émerger le descripteur MESH correspondant. Ci-dessous, le tableau 2 illustre cette démarche. Ensuite, de nombreuses combinaisons ont été effectuées afin de maximiser le nombre de résultats pertinents dans les bases de données proposées. Celles-ci sont visibles dans l'appendice A.

TABLEAU 2 : MOTS-CLÉS ET DESCRIPTEURS MESH

	Population	Intervention			Outcome
Mots-clés en français	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Alliance thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Prévention de la violence • Agressivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement du patient
Mots-clés en anglais	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutic alliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention • Violence prevention • Aggressiveness 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient isolation • Patient seclusion
	Descripteurs				
Cinhal	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 		<ul style="list-style-type: none"> • Violence - Prevention and control 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient seclusion
Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 		<ul style="list-style-type: none"> • Violence 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient isolation
MedLine (Ovid)	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 		<ul style="list-style-type: none"> • Violence 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient isolation
PsycInfo	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication • Communication + communication skills + communication skills training 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutic alliance 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevention • Violence • Violence prevention • Aggressiveness 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient seclusion • Patient seclusion + hospitalization + patient violence + psychiatric hospitalization + psychiatric hospitals + psychiatric units
PubMed	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatry 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevention and Control • Violence • Violence - prevention and control 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient isolation

Stratégie des articles retenus

Les articles sélectionnés proviennent des bases de données suivantes : Cinhal, Cochrane, MedLine (Ovid), PsycInfo, PubMed. Les différentes combinaisons de mots-clés sur JBI n'ont pas amené de résultats. Les critères de sélection comprennent notamment une date de publication inférieure à dix ans afin de s'intéresser aux résultats scientifiques actuels.

Pour commencer, les titres ont été lus et lorsque ceux-ci se rapprochaient de la thématique, les résumés ont été consultés. Finalement, avec la trentaine d'articles qui correspondaient en partie à la thématique, un second affinage a été effectué avec une relecture des articles tout en tenant compte du devis de l'étude, de leur structure (introduction, méthode et conclusion) et de l'impact factor du journal. Les auteurs de ce travail ont finalement retenu 13 articles à partir de ces derniers critères.

Analyse des articles

Pour cette partie, les membres du groupe ont analysé les articles retenus au moyen de la grille de Tétreault, Sorita, Ledoux & Ryan (2014) et les ont mis à disposition dans le chapitre 8, appendice B. De plus, les *impacts factors* et niveaux de preuves des articles sont visibles dans l'appendice A.

Les articles suivants ont été retenus :

Article 1 : *De-escalation techniques used and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital* (Kuivalainen, Vehviläinen-Julkunen, Louheranta, Putkonen, Repo-Tiihonen & Tiihonen, 2017).

Article 2 : *Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units* (Jacob, Sahu, Frankel, Homel, Berman & McAfee, 2016).

Article 3 : *Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization* (Cookson, Daffern & Foley, 2012).

Article 4 : *Impact of eLearning course on nurse's professional competence in seclusion and restraint practices : a randomized controlled study* (Kontio et al., 2011).

Article 5 : *Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment : A 9-Year Observational Study* (Lau, Brackmann, Mokros & Habermeyer, 2020).

Article 6 : *A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New-Zealand : A cluster randomised controlled trial* (Baby, Gale & Swain, 2018).

Article 7 : *Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings : Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive* (Barr, Wynaden & Heslop, 2019).

Article 8 : *Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia* (Putkonen et al., 2013).

Article 9 : *Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of a Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention*

Protocol on aggression and restrictive interventions of a forensic mental health unit (Maguire, Daffern, Bowe & McKenna, 2019).

Article 10 : *Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards : The Safewards cluster randomised controlled trial* (Bowers et al., 2015).

Article 11 : *Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards : Impact on seclusion rates and fidelity measurement* (Fletcher et al., 2017).

Article 12 : *Die Forensische Präventionsambulanz, Modellprojekt zur Vermeidung von Gewalttaten im Rahmen Psychischer Erkrankungen* (Nitschke, Sünkel & Mokros, 2018).

Article 13 : *Reducing violence in forensic care - how does it resemble the domains of a recovery-oriented care* (Olsson & Schön, 2016).

Une courte synthèse pour chaque article est présentée dans la partie suivante.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats et discussion

Ce cinquième chapitre a pour but de présenter de manière succincte les articles scientifiques sélectionnés ainsi que la synthèse des données pertinentes issues de ceux-ci. Ces résultats sont ensuite mis en lien avec le questionnement PICOT et des perspectives et propositions pour la pratique sont exposées.

Synthèse des articles

Article 1

Le but de cette étude finlandaise rétrospective descriptive longitudinale est d'identifier les motifs d'isolement et de contention ainsi que les techniques de désescalade utilisées au sein d'un hôpital de psychiatrie légale (Kuivalainen, et al., 2017).

Pour ce faire, les auteurs recommandent que le personnel soit éduqué sur un panel plus large de mesures de désescalade comme l'utilisation de techniques de relaxation ou encore la modulation sensorielle.

Article 2

Jacob et al. (2016) ont mené une étude rétrospective afin d'identifier les patterns d'utilisation des mesures restrictives dans un hôpital psychiatrique communautaire américain.

Cette recherche a donc pu mettre en avant les facteurs multidimensionnels influençant le recours aux mesures restrictives.

Article 3

Cette étude de nature mixte menée en Australie par Cookson et al. (2012) a pour intention d'observer deux perspectives : soit déterminer si les symptômes psychiatriques, la contrainte perçue et le style interpersonnel

prédisent l'alliance thérapeutique durant une hospitalisation à court terme. Mais encore si le style interpersonnel, l'alliance thérapeutique, les symptômes psychiatriques et la contrainte perçue prédisent le passage à l'acte agressif dans le même contexte.

Les auteurs soulignent l'importance de prendre en compte le style interpersonnel dans l'évaluation des risques.

Article 4

Menée en Finlande par Kontio et al. (2011), cette étude randomisée contrôlée porte sur l'apprentissage en ligne de connaissances psychiatriques infirmières, notamment juridiques. Les thématiques de l'étude sont l'isolement, la contention ainsi que la satisfaction au travail et l'auto-efficacité générale. Les auteurs voulaient comparer l'efficacité de la formation en ligne face à une formation classique avec pour but à long terme de réduire l'utilisation des mesures restrictives.

L'intervention a permis de faire évoluer les connaissances ainsi que les attitudes envers les mesures de contrainte.

Article 5

Dans cette recherche rétrospective longitudinale de cohorte menée par Lau et al. (2020) en Suisse, l'objectif est de réduire le taux de recours aux mesures restrictives dans un hôpital de psychiatrie légale.

En conclusion, les auteurs ont pu mettre en évidence une tendance négative de recours à l'isolement et de la contention. Cela a été mis en parallèle avec les changements politiques indépendants de l'étude qui ont permis des changements de pratique.

Article 6

Baby et al. (2018) ont réalisé une étude randomisée contrôlée ayant pour sujet de recherche les compétences en matière de communication dans le but de diminuer l'agressivité envers le personnel soignant en Nouvelle-Zélande. Plus précisément, les objectifs des chercheurs sont d'évaluer l'efficacité d'un programme d'apprentissage sur les compétences communicationnelles puis d'en mesurer l'effet sur le bien-être psychologique, la souffrance ainsi que sur les capacités de communication interpersonnelles des infirmiers.

En conclusion, les auteurs admettent que tant l'intervention en matière de compétences communicationnelles que la condition contrôle visant le développement de la pleine conscience ont un impact sur la réduction du ressenti de l'agressivité sur le lieu de travail. Le choix de comparer leur intervention avec une branche témoin proche de la thématique a pu diminuer les différences intergroupes et donc biaiser les résultats.

Article 7

Cette étude australienne qualitative de Barr et al. (2019) a pour but de documenter les expériences des infirmiers travaillant en psychiatrie médico-légale et d'articuler leurs perceptions des compétences de gestion des événements difficiles afin de viser un changement de pratiques.

Ainsi, une formation spécialisée dans la psychiatrie médico-légale est importante, car cela impacte le niveau de stress et de bien-être des infirmiers. Le leadership, la supervision clinique et le mentorat sont essentiels pour faire évoluer les infirmiers moins expérimentés.

Article 8

Dans cette étude randomisée contrôlée finlandaise, Putkonen et al. (2013) ont pour objectif de réduire l'utilisation de l'isolement et de mesures de contrainte, sans augmenter l'incidence de la violence, au moyen de divers entretiens et supervisions.

La conclusion est que cette recherche a pu mettre en évidence une diminution des mesures de contrainte sans augmentation parallèle de la violence.

Article 9

En Australie, Maguire et al. (2019) ont réalisé une étude quasi expérimentale portant sur l'utilisation d'une échelle électronique d'évaluation des risques d'agressivité (DASA - Dynamic Appraisal of Situational Aggression) et un protocole de prévention des agressions dans l'intention de diminuer les actes violents et donc de réduire le recours aux mesures restrictives.

En conclusion, l'utilisation du DASA, soit un outil d'évaluation des risques, couplé à un protocole d'intervention permet d'abaisser l'application de mesures de contrainte.

Article 10

L'essai randomisé contrôlé de Bowers et al. (2015), réalisé au Royaume-Uni, porte sur la réduction des conflits et des mesures de contraintes grâce au modèle « *Safewards* ». La recherche se centre essentiellement sur les compétences et attitudes du personnel soignant.

En résumé, l'essai « *Safewards* » représente un nouveau pas vers la sécurité des patients et du personnel en psychiatrie hospitalière, car il permet une diminution significative des conflits ainsi que des mesures coercitives. De plus, les interventions ont perduré après l'essai et se sont intensifiées au-delà de leur mise en œuvre.

Article 11

Fletcher et al. (2017) ont choisi de s'intéresser au modèle *Safewards* qui comporte 10 interventions afin de réduire les conflits et la contention au travers d'une étude quasi expérimentale longitudinale sur une tendance réalisée en Australie. Ces 10 interventions sont : attentes mutuelles claires, langage centré et utilisation de citations, baisser le ton, mots positifs, gestion des mauvaises nouvelles, se connaître les uns et les autres, rencontre d'aide mutuelle, méthode d'apaisement, réassurance, témoignages de sortie.

Ils ont mis en évidence que le modèle *Safewards* est adapté à un changement de pratique et donc à une diminution du recours aux mesures restrictives.

Article 12

Dans cette étude quasi expérimentale allemande, Nitschke et al. (2018) ont pour but de diminuer les coûts de la santé en soignant des patients atteints de maladie psychiatrique et ayant un haut risque de violence.

La mise en place d'une « ambulance de prévention médico-légale » permet de satisfaire au virage ambulatoire et ainsi participer à la réduction des coûts.

Article 13

Cette étude descriptive qualitative suédoise menée par Olsson & Schön (2016) a pour intention de déterminer quelles compétences possède le personnel de soins afin d'éviter les événements d'agressivité.

Aussi, l'objectif est d'explorer les liens avec les soins de réhabilitation dans le but de changer les pratiques.

Synthèse des résultats des articles

Patterns liés à l'isolement et la désescalade

Jacob et al. (2016) ont mis en évidence une influence significative du genre du patient en lien avec la durée de l'épisode de contrainte, une différence de durée entre services observés, l'influence de la médication ainsi que de la réorientation verbale sur le temps d'isolement et finalement une différence en fonction du moment de la journée et donc de l'équipe concernée. Les résultats de Kuivalainen et al. (2017) mettent en avant le recours à l'isolement et la contention majoritairement pour faire face à un comportement dommageable menaçant (35.4%), puis pour contrer un comportement nuisible direct (29.9%), un comportement dommageable indirect (29.1%), mais aussi d'autres comportements (5.6%). Ces éléments s'accordent donc avec les éléments recueillis dans la problématique.

De plus, les techniques de désescalade les plus utilisées identifiées par Kuivalainen et al. (2017) sont l'interaction individuelle avec un patient (65.5%), des changements médicamenteux (ajout ou avancement de traitement, 32.7%) et finalement des mesures d'aménagement de l'environnement. On peut donc y voir une similarité à la théorie de Peplau qui

a pour postulat la relation entre l'infirmière et le patient. Dans ce but, l'infirmière use de ses compétences intellectuelles et interpersonnelles avec pour finalité de prendre en soins le bénéficiaire de soins (Peplau, 1995).

Politiques et cadre légal

Tout d'abord, Lau et al. (2020) soutiennent un changement de cadre légal qui favorise les objectifs de réduction de l'utilisation de la contrainte. Aussi, à travers leur étude, ils ont pu constater une diminution constante des mesures coercitives ainsi que de leur durée. Ils ont mis cela en lien avec les changements politiques indépendants de l'étude visant un traitement plus humain.

En outre, ils proposent des améliorations dans l'environnement de soins dans le but de diminuer le recours à l'isolement.

Virage ambulatoire

Dans l'étude de Nitschke et al. (2018), où l'intervention se déroule dans une clinique ambulatoire de prévention, les patients issus de la psychiatrie médico-légale se sont vu proposer plusieurs interventions avec une équipe pluridisciplinaire : diagnostics approfondis avec une analyse des risques de violence, formation de groupe pour renforcer les compétences en matière de prévention de la violence, traitements individuels spécialisés, psychoéducation, conseils auprès des proches sur la désescalade, prise rapide de rendez-vous ainsi que des visites sur place et à domicile. Les auteurs ont ainsi pu constater une diminution des coûts via une prise en soins ambulatoire versus une prise en soins stationnaire dans un établissement spécialisé. De surcroît, plusieurs

procédures de condamnation ont été mises en suspend, voire arrêtées, grâce aux interventions prodiguées à la clinique.

Les conclusions de cette étude allemande sont intéressantes, car elles se rapprochent de la volonté suisse de se diriger vers des prises en charge ambulatoires (OFSP, 2019). Aussi, l'argument financier est un levier important pour favoriser un changement de politique. Ce changement de paradigme amène également des solutions qui permettraient de réduire l'agressivité. En effet, de nombreux facteurs intrinsèquement liés au milieu hospitalier favorisant celle-ci seraient ainsi évités. Ce résultat peut également être mis en parallèle avec l'abandon des condamnations pénales de plusieurs participants à cette intervention.

Par ailleurs, les auteurs proposent une vision intéressante en incluant les proches des patients dans le processus de désescalade, ce qui, en amont, pourrait potentiellement éviter l'hospitalisation.

Formation

De façon à aménager une pratique optimale, il est recommandé d'avoir une formation spécifique au domaine des soins psychiatriques médico-légaux (Barr et al., 2019) et d'améliorer la formation en désescalade des équipes soignantes ainsi que la dotation de ces dernières (Lau et al., 2020). Face à ces suggestions, il est également important de considérer la psychiatrie générale, car celle-ci est également touchée par la violence et le recours aux mesures de contention.

Plusieurs pistes sont proposées, comme dans l'étude de Baby et al. (2018), où l'intervention est constituée d'enseignements multimédias portant sur les techniques de communication via des travaux de groupe, l'analyse de situations difficiles ainsi que la capacité de progresser (aller de l'avant). Les résultats démontrent une diminution significative à long terme de l'agressivité envers le personnel, en corollaire à une amélioration du bien-être et une diminution de la détresse du personnel soignant. De plus, les compétences communicationnelles se sont améliorées pour le groupe intervention, même si ce résultat n'est pas stable dans le temps.

En ce qui concerne la recherche de Kontio et al. (2011), un enseignement en ligne basé sur l'analyse du système de santé, la professionnalisation infirmière, les normes légales, les aspects éthiques et les modalités de recours aux mesures coercitives dans 6 autres pays a été suivi par les participants. Au niveau des résultats, les auteurs relèvent une amélioration des connaissances législatives relatives aux mesures de contrainte. En dépit des limites observées durant l'étude, l'instrument d'apprentissage en ligne est abordable, facile d'accès et pourrait pallier le manque de connaissances dans le domaine psychiatrique. Cependant, il mérite certaines améliorations avant une implémentation plus large.

En outre, Kontio et al., (2011) relèvent que le sentiment d'auto-efficacité générale des infirmiers a augmenté grâce à la formation. Toutefois, il n'y a pas eu de réel impact sur les taux d'isolement dans leur étude.

In fine, plusieurs articles soulèvent cette question du manque de formation, et ce, particulièrement en ce qui concerne les techniques de désescalade. L'interaction est un support privilégié pour ce type d'approche, ce qui correspond à la philosophie de Peplau (1952).

Alliance thérapeutique et relations interpersonnelles

La recherche de Cookson et al. (2012) a mis en évidence qu'une alliance thérapeutique modeste est associée à un style interpersonnel hostile-dominant ou à des symptômes de paranoïa. Un style dominant du patient peut être associé à des manifestations d'agressivité envers le personnel soignant. Malgré cela, les épisodes d'agression ne peuvent pas être prédits uniquement au moyen de l'alliance thérapeutique, des symptômes psychiatriques ainsi que de la contrainte perçue.

Olsson & Schön (2016), quant à eux, ont mis en évidence que des connaissances spécifiques ainsi qu'un soutien collégial fort, une responsabilité partagée et au fait que le personnel soit attentif à l'humeur des patients et aux déclencheurs potentiels d'agressivité créent un climat de paix et de sécurité dans le service ce qui participe au processus de guérison.

Dans l'étude de Barr et al. (2019), les infirmiers interviewés ont identifié les compétences nécessaires à la gestion des événements difficiles : le travail dans un environnement stimulant, mais intéressant, l'expertise de spécialité et le fait que malgré l'exposition à l'agression les soignants s'investissent. La

résilience a été mise en avant comme facteur protecteur de la violence tout comme un travail d'équipe et un leadership efficaces.

D'une part, certains auteurs proposent de poursuivre les recherches sur la complémentarité des styles interpersonnels entre le personnel et les patients. (Cookson et al., 2012) et d'autre part, Jacob et al. (2016) soulignent que la réduction de l'utilisation des mesures restrictives est liée à la délicate relation entre le patient et l'équipe de soins.

De surcroît, l'approche par le rétablissement évoquée par Olsson et Schön (2016) est singulière, car en adoptant une approche plus positive de la psychiatrie cela mène à de meilleures prises en soins et donc à moins d'agressivité et à un sentiment de mieux-être chez les soignants ainsi que chez les patients. De plus, avec le modèle *Safewards*, les soignants se sont également sentis valorisés, car l'on s'intéressait à leur santé mentale et pas uniquement à celle des patients (Bowers et al., 2015).

Face à cela, des liens peuvent être faits avec le rattachement de Peplau à l'école de l'interaction qui place les relations au centre du soin (1995). Aussi, deux études mettent en avant l'importance d'un travail d'équipe efficace qui permet des améliorations considérables dans les prises en soins psychiatriques (Barr et al., 2019 ; Olsson & Schön, 2016) tant au niveau du soignant que du patient. Cela rejoint également les écrits de Bittolo qui recommande la bienveillance au sein des équipes (2018). Une équipe attentive à ses bénéficiaires de soins permet donc en partie d'éviter en amont les épisodes

d'agitation. Aussi comme déjà mentionné par Jacob et al. (2016), le recours aux moyens de contrainte est étroitement lié à la relation patient-soigné.

Modèles, programmes et plans personnalisés

Premièrement, Bowers et al. (2015), dans la recherche sur le modèle *Safewards*, ont expérimenté la mise en place d'un paquet de dix interventions : normes de comportement mutuel, affichage de conseils, désescalade, obligation de transmissions positives, prise en charge des mauvaises nouvelles, se connaître soi-même, réunions entre usagers, modulation sensorielle et distractive, prise en charge rassurante des incidents et témoignages positifs d'anciens patients. L'intervention a permis de réduire le taux des événements conflictuels de 15%. De même, le recours aux mesures de contraintes a diminué de 26,4%. La fidélité moyenne de l'intervention expérimentale par service était de 89%.

Dans une étude sur le même modèle, Fletcher et al. (2017) ont pu mesurer la fidélité à l'intervention *Safewards* grâce à une checklist. Cela a donc mis en évidence une adhésion croissante au modèle au cours de l'étude avec plus de 70% de fidélité ainsi que l'utilisation d'en moyenne 9 interventions sur les 10 proposées. De plus, le taux d'isolement a été réduit significativement de 36% tandis que le résultat pour le groupe contrôle n'est pas significatif, mais a eu tendance à augmenter.

Putkonen et al. (2013) proposent également un modèle d'intervention. Celui-ci préconise la mise en œuvre de diverses interventions : conseils hebdomadaires individuels et collectifs pour les responsables des services,

mais aussi analyse quotidienne après l'incident ; information du personnel et analyse critique des nouvelles pratiques ; aide au développement de nouvelles stratégies préventives individuelles et des alternatives à l'isolement ; réunions réflexives avec les bénéficiaires de soins ; brainstorming entre patients, médecins et personnel soignant sur les règles et pratiques du service ; rédaction d'un livre regroupant les expériences des patients et du personnel en lien avec la coercition et la violence ; suivi journalier des statistiques en lien avec la mise en œuvre de mesures d'isolement ou de contrainte et discussion mensuelle de ces résultats ; élaboration d'un plan de crise individuel réajusté après chaque événement ; rapport et discussion quotidiens sur les événements du jour précédent. Toutes ces interventions ont permis de diminuer significativement le nombre de jours d'isolement, d'observation et de contrainte entre 30 et 15%, ainsi que la durée de ces mesures de 110 à 56 heures en moyenne. En outre, la violence a diminué, mais de manière non significative dans les deux groupes.

De surcroît, une proposition de Jacob et al. (2016) est de différencier les interventions possibles en fonction du déclencheur de l'agressivité : psychopathologique, psychosociale ou environnementale : soit pour le premier déclencheur, essayer de comprendre à quoi est liée la psychose du patient, la possibilité d'éliminer le déclencheur spécifique à celle-ci ou encore proposer une médication appropriée ; une attention au sens profond de l'agitation ainsi qu'un maintien de la communication pour le deuxième ; et pour le dernier type

de catalyseur, éliminer le stimulus, proposer des activités appréciées, offrir un exutoire au comportement anxieux, proposer des activités à rythme raisonnable en cas de changement soudain dans l'environnement. Les auteurs suggèrent également un protocole de débriefing différencié pour l'équipe de soins et pour le patient.

De surcroît, le bénéfice de l'outil d'évaluation des risques d'agressivité DASA ainsi que son protocole associé a permis de mettre en évidence une diminution de recours à la médication en période d'agitation et une diminution de l'agressivité verbale. De plus, le taux global d'isolement ainsi que le taux de contention physique ont également diminué (Maguire et al., 2019).

Quant à eux, Jacob et al. (2016) conseillent de nombreuses pistes pour le management de l'agitation et de l'agressivité, en particulier, un plan personnalisé de gestion de l'événement d'agitation sous forme d'un algorithme décisionnel. Ce dernier préconise l'utilisation de techniques d'apaisement en lien avec les préférences du patient et de ses activités, la désescalade verbale, la diversion, mais également d'utiliser les techniques qui ont déjà fonctionné pour le patient par le passé. Lau et al. rejoignent également ces auteurs en recommandant l'instauration d'un plan thérapeutique personnalisé (2020).

Pour aller plus loin, Olsson & Schön (2016), dans le but d'avoir une prise en soins portée sur la réhabilitation, trouvent important de favoriser l'autonomie et la collaboration avec les patients de façon à co-construire un plan de soin axé sur le rétablissement.

En conclusion, cette dernière thématique montre bien qu'une prise en soins multifactorielle apporte de bons résultats non seulement pour faire baisser l'agressivité, mais également pour éviter l'isolement. Ces programmes ou modèles d'intervention mettent, pour la plupart, un accent sur la relation patient-soignant et/ou la communication, levier primordial de la psychiatrie qui utilise la relation au sein du soin.

Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Tout d'abord, la question des auteurs de ce travail est la suivante : « en psychiatrie, en quoi les techniques de communication contribuent-elles à réduire l'agressivité et ainsi à diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement ? ». Grâce aux 13 articles sélectionnés, un état des lieux de cette thématique a pu être réalisé. Le constat est que ce questionnement est peu abordé. La porte d'entrée de la prévention de l'isolement au moyen de la communication, ou plus largement des techniques de désescalade est peu détaillée et manque parfois de consistance au niveau méthodologique. En effet, la plupart des auteurs ont recueilli des informations sur les techniques de désescalade, mais seulement celles qui ont précédées un épisode d'isolement. De précieuses informations manquent donc quant à d'autres techniques qui auraient vraisemblablement fonctionnées.

Actuellement de nombreux auteurs (Putkonen et al., 2013 ; Van der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili & Bowers, 2013) s'accordent sur le fait qu'il est difficile d'imaginer une psychiatrie sans mesures d'isolement. Il a été toutefois prouvé que cela est possible (Gauthier, 2009). Il est néanmoins

important de veiller à la sécurité du personnel malgré la mise en place de nouvelles pratiques (Van der Merwe et al., 2013).

Avec pour objectif de réduire le recours à l'isolement, Poujouly préconise une capacité d'évaluation de la part des soignants : évaluation des risques de passage à l'acte, de récurrence, mais également des ressources du patient (2012). Pour elle, ces interventions doivent être discrètes, empathiques et non-jugeantes. Cela rejoint les observations de Maguire et al. (2019). En surcroît de ces attitudes, les notions de respect, de professionnalisme et de sécurité sont également importantes pour l'auteur suivant. Il convient d'intervenir au moyen du dialogue fondé sur l'écoute avant d'utiliser la contrainte physique comme dernier recours. Cette notion de dernier recours est d'ailleurs portée par tous les auteurs des articles analysés. La négociation est également une source de possibilité dans l'échange entre le soignant et le patient (de Miribel, 2018).

Aussi, comme suggéré par Baby et al. (2018), la prévention de l'agressivité plutôt que sa gestion est innovante. Cette approche prophylactique pourrait amener à des résultats encourageants. En revanche, arrivé à l'aboutissement de ce travail, force est de constater que c'est complexe. Cela nécessite un investissement de la part du personnel, des aménagements environnementaux sont préconisés, tout comme le choix d'un outil d'évaluation des risques, une formation approfondie en psychiatrie, une meilleure relation soignant-soigné et surtout de la communication (Barr et al., 2019 ; Jacob et al., 2016 ; Kontio

et al., 2011 ; Lau et al., 2020 ; Maguire et al., 2019). Il est donc difficile de n'agir qu'au moyen de la communication et d'isoler ce facteur dans les propos des auteurs. L'étude de Baby et al. (2018) montre cependant des résultats prometteurs pour la diminution de l'agressivité grâce à une formation en techniques de communication. Ce sont les groupes d'interventions diversifiées qui amènent le plus de résultats (Bowers et al., 2015 ; Fletcher et al., 2017 ; Maguire et al., 2019 ; Nitschke et al., 2018 ; Putkonen et al., 2013). Ces modèles d'action ont comme point commun de faire en sorte de rapprocher le patient et le soignant, ce qui peut suggérer qu'un meilleur lien thérapeutique se forme entre le BDS et le professionnel de la santé.

Perspectives, propositions pour la pratique

En premier lieu, le manque de formation spécifique des équipes a été régulièrement mis en avant dans les études analysées et permet d'appuyer sur cet aspect. L'amélioration des connaissances permet donc d'améliorer les pratiques (Baby et al., 2018 ; Barr et al., 2019 ; Kontio et al., 2011 ; Lau et al., 2020).

De plus, on sait actuellement qu'une équipe qui prend soin d'elle améliore aussi ses capacités à prendre soin des autres (Barr et al., 2019 ; Bittolo, 2018 ; Olsson & Schön, 2016). C'est donc également une piste qui pourrait être approfondie afin de viser encore une diminution de l'utilisation de l'isolement au moyen d'une meilleure contenance psychique et relationnelle (Langenfeld & Merklings, 2013).

En outre, ce travail permet de mettre en avant de nombreuses interventions pertinentes et surtout peu ou moins coûteuses qu'un traitement classique (Bowers et al., 2015 ; Fletcher et al., 2017 ; Nitschke et al., 2018). Aussi, leur implémentation pourrait être envisagée dans de nombreux services, tant de psychiatrie médico-légale que classique (Putkonen et al., 2013).

Par ailleurs, l'originalité de notre démarche se situe dans l'approche de réduction de l'isolement via une réduction de l'agressivité. En effet, cette porte d'entrée préventive paraît pertinente au vu de notre revue de littérature qui met en avant ce facteur comme élément le plus fréquent de recours à des mesures coercitives (Morisset, 2018 ; Vignat, 2009). Agir préventivement sur l'agressivité, c'est donc aussi agir sur l'utilisation des moyens de contrainte.

Chapitre 6 : Conclusion

Apport du travail de *Bachelor*

À travers la rédaction de ce travail de *Bachelor*, la collaboration ainsi que la solidarité ont été développées au sein du groupe des auteurs. L'esprit d'équipe qui a donc émergé a permis d'approfondir des liens d'amitié déjà créés durant la première année. De plus, il a été fondamental d'harmoniser une approche du travail afin d'adopter une stratégie commune pour l'achèvement de cet ouvrage.

L'aboutissement de ce document a servi à mettre en pratique la méthodologie de recherche. Concrètement, la réflexion nécessaire à l'élaboration de ce dossier a étoffé les connaissances en matière de méthode scientifique. L'approche logique des bases de données a apporté un ancrage profond au niveau de la systématique de recherche.

Participer à l'élaboration de ce document a notamment donné l'opportunité de mieux ancrer certaines notions dans le domaine de la psychiatrie. Effectivement, le groupe a également pu parfaire ses connaissances en psychopathologie et sur l'espace thérapeutique au moyen d'ouvrages et de documents probants.

De surcroît, ce travail a permis d'apporter de la confiance et des outils aux auteurs de ce travail pour faire face aux situations difficiles d'agressivité, qui pourraient potentiellement survenir dans chaque service, y compris hors du domaine de la psychiatrie. Ainsi, cela peut être une réelle ressource dans les futures carrières professionnelles des auteurs de ce travail.

Limites

Au fur et à mesure des recherches sur les bases de données, il a été remarqué que l'orientation prise par les auteurs de ce travail vis-à-vis des mesures restrictives, soit l'aspect préventif du recours aux moyens de contrainte, est un sujet peu traité par les chercheurs. Ainsi, une quantité relativement faible d'études sur la thématique a été trouvée. En somme, l'association des notions d'agressivité et d'isolement est peu étudiée dans la littérature.

En outre, les alternatives aux mesures restrictives sont peu mises en avant par les chercheurs. Effectivement, il a été remarqué que les professionnels de santé avaient une appréhension que l'agressivité augmenterait avec la diminution de l'isolement et de la contrainte (Putkonen et al., 2013). Dans les recherches analysées, les termes d'isolement et de contrainte étaient parfois confondus et/ou évalués sans distinction (Barr et al., 2019 ; Bowers et al., 2015 ; Fletcher et al., 2017 ; Jacob et al., 2016 ; Kontio et al., 2011 ; Putkonen et al., 2013). Aussi, il est à remarquer que les auteurs de ce travail considèrent une médication additionnelle comme une contention supplémentaire de nature chimique de la même manière que Jacob et al. (2016) et Lau et al. (2020).

De plus, les articles retenus sont surtout issus de recherche en psychiatrie médico-légale (Barr et al., 2019 ; Kuivalainen et al., 2017 ; Lau et al., 2020 ; Maguire et al., 2019 ; Nitschke et al., 2018 ; Olsson & Schön, 2016 ; Putkonen

et al., 2013). Les conditions y sont donc plus extrêmes. Toutefois, cela peut également être un apport, car les résultats pourraient également être applicables dans des services classiques (Putkonen et al., 2013).

De surcroît, ce travail a été impacté par la pandémie de COVID-19, car la recherche du mot-clé « isolement » a été confondue avec le même terme utilisé pour les confinements qui se sont déroulés dans le monde entier, ce qui n'était pas le sujet de notre questionnement.

Perspectives pour la recherche

Les membres du groupe proposent d'approfondir la notion de désescalade. En effet, dans la plupart des études recensées ce concept apparaît sans pour autant être explicité. Il s'agirait donc de décortiquer ce terme afin de comprendre quelles actions il sous-entend et comment celles-ci sont à mettre en place.

De plus, la communication et la relation sont des outils privilégiés en psychiatrie. Des recherches supplémentaires sur leur potentiel dans la réduction de l'agressivité pourraient être menées.

Aussi, une formation spécifique à la psychiatrie est un élément qui est revenu à de nombreuses reprises dans les études observées (Baby et al., 2018 ; Barr et al., 2019 ; Kontio et al., 2011 ; Lau et al., 2020), la piste d'un approfondissement de l'enseignement spécialisé est donc à questionner.

De l'avis des auteurs, il faudrait davantage approfondir les techniques préventives en lien avec l'agressivité mais aussi inclure plus la famille, dans une perspective systémique et au final axer les soins sur un accompagnement ambulatoire.

Finalement, les auteurs de ce travail suggèrent de mener des études corrélant spécifiquement l'agressivité à l'isolement pour ensuite trouver des pistes d'action afin de réduire le potentiel de violence dans le but de diminuer le recours aux mesures de contrainte.

Chapitre 7 : Liste de références

- ASSM. (2018). Directives médico-éthiques : Mesures de contrainte en médecine. Repéré à <https://www.assm.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Mesures-de-contrainte.html>
- Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2019). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 27(1), 170-181. <https://doi.org/10.1111/hsc.12636>
- Baillargeon, P., Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi jeunesse*, XIX (3), 4-9
- Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 888-898. <https://doi.org/10.1111/inm.12588>
- Bioy, A., Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 4 (49), 317-326.
- Bittolo, C. (2018). La camisole ne va pas de soi! Note sur l'actualité de la contention et de l'isolement en psychiatrie. *Connexions*, 110(2), 183-190. <https://doi.org/10.3917/cnx.110.0183>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
- Butel, J., DiPollina, L., Dokic, M., Guisado, H., Hurst, S., Langlois, A., ... Rosset, N. (2011). *Mesures physiques limitant la liberté de mouvement*. Conseil d'éthique clinique, HUG. Repéré à <https://studylibfr.com/doc/1976930/mesures-physiques-limitant-la-libert%C3%A9-de-mouvement>
- Cano, N., & Boyer, L. (2011). Évolution Des Pratiques Institutionnelles : Questions Éthiques Autour De L'Enfermement Et De L'Isolement. *Information Psychiatrique*, 87(7), 589-593. <https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0832>
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J. M.,... Harle, J. R. (2011). Patients' perception of seclusion in psychiatry: Ethical perspectives. *Encephale*, 37 (SUPPL. 1), 4-10. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.04.013>
- Carper, B. (1978). *Fundamental patterns of knowing in nursing*. ANS. Advances in Nursing Science, 1(1), 13-23. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/110216>
- Carper, B. A. (1992). Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. Dans *Perspective on Nursing Theory* (Vol. 67, pp. 13-24). (S.l.) : (s.n.).
- Chinn, P. L., & Kramer, M. M. (2015). *Knowledge Development in Nursing: Theory and Process* (9ème édit). St Louis : (s.n.).
- Cookson, A., Daffern, M., & Foley, F. (2012). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric

- hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 20-29. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00764.x>
- Dalgren, G., Whitehead, M., & World Health Organization. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Debiche, M. (2001). *Le cadre infirmier de proximité en psychiatrie : acteur au sein d'un établissement public de santé mentale*. Mémoire de fin d'étude. École Nationale de la Santé Publique. Rennes.
- Despland, J.-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*, 4. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>
- Deville, C. (2018). *Recherche de facteur déterminant et favorisant l'alliance thérapeutique avec les adolescents en psychothérapie systémique*. Thèse de doctorat. Université de Genève, Genève, Suisse.
- De Hert, M., Magiels, G., Thys, E. (2000). *Le secret de la micropuce cérébrale, guide destinée aux personnes atteintes de psychose*. Bruxelles. EPO.
- de Miribel, J. (2018). La formation en matière de violence. Enjeux et pratiques dans le contexte des soins en psychiatrie. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 51(1), 111-126. <https://doi.org/10.3917/lse.511.0111>
- Drillot, T., Lannaz, C. & Pasquier, N. (1996). *Vademecum de soins infirmiers en psychiatrie*. Opfikon-Glattbrugg. Lundbeck.
- Fadhlaoui, C. (2009). Hors de lui, hors de tout lien, hors du monde... *Santé mentale*, 139, 30-34
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. Filadelfia PA : F. A. Davis.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (Third Edit). Philadelphia : (s.n.).
- Fitaire, C. (2020). Chambre fermée : une mesure de contrainte vraiment utile ? *Esprit(s) - La revue de Pro Mente Sana*, 2, 15-16.
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461-471. <https://doi.org/10.1111/inm.12380>
- Fontaine, D. (2009). De la contrainte au soin. *Santé mentale*, 139, 54-57
- Forchuk, C., Westwel, L.J., Martin, M.L., Azzopardi, W.B., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998). Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1, 36-44.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière Education.
- Friard, D. (2012). Agressivité. *Les concepts en sciences infirmières*. 56-59
- Friard, D. (2002). *L'isolement en psychiatrie, Séquestration ou soin ?* (2ème édit). Paris : (s.n.).
- Gauthier, D. (2009). Le soin sans enfermement. *Santé mentale*, 139, 48-51.

- Giloux, N. (2009). Une chambre protégée et structurante. *Santé mentale*, 139, 66-68.
- Gonzalo, A. (2019). *Hildegard Peplau : Interpersonal Relations Theory*. Repéré à <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/>
- Halos, J. (2009). Isolement : débattre et évaluer. *Santé mentale*, 139, 70-71.
- Hurst, S. (2019). Mesures limitant la liberté de mouvement : Quelques clés éthiques. *Revue Médicale Suisse*, 15(636), 274-275.
- Jacob, T., Sahu, G., Frankel, V., Homel, P., Berman, B., & McAfee, S. (2016). Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 31-48. <https://doi.org/10.1007/s11226-015-9353-7>
- Jakobson, R., & Symposium in Applied Mathematics. (1964). *Structure of language and its mathematical aspects: [proceedings of the Twelfth Symposium in Applied Mathematics, held in New York City, April 14-15, 1960]*. Providence, RI : American Mathematical Society.
- Josse, E. (2019). Les techniques de communication dans le quotidien clinique. *Primary and Hospital Care: Médecine Interne Générale*, 1–13. <https://doi.org/10.4414/phc-f.2019.01851>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum : from languishing and flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Kontio, R., Lahti, M., Pitkänen, A., Joffe, G., Putkonen, H., Hätönen, H., ... Välimäki, M. (2011). Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices: A randomized controlled study (ISRCTN32869544). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(9), 813-821. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01729.x>
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 513-524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>
- Langenfeld, S., & Merklung, J. (2013). *Processus psychopathologiques* (2ème édition). Issy-les-Moulineaux : (s.n.).
- Larousse, version en ligne. (2020). Dictionnaire de la langue française. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isoler/44471>
- Lau, S., Brackmann, N., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2020). Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11(May), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00465>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., & McKenna, B. (2019). Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1183–1194. <https://doi.org/10.1111/inm.12630>
- Matasci, A., Pérez, N., Bresciano, G., & Grivet, L. (2009). Les paradoxes du travail

- dans le « bas seuil ». *Revue d'information sociale*. Repéré à <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/3017-les-paradoxes-du-travail-dans-le-bas-seuil>
- Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. *Les concepts en sciences infirmières*, 64-66
- Mazoyer, M. (2014). *Réussir son stage infirmier en psychiatrie*. Paris : (s.n.).
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing : development and progress*. Philadelphia: WoltersKluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Michel, J.-D. (2020). Dossier, la contrainte aujourd'hui en psychiatrie, réflexions. *Esprit(s) - La revue de Pro Mente Sana*, 2, 6-11.
- Minger, C. (2016). *Petit memento et protocole d'intervention*.
- Morin, P., & Michaud, C. (2003). Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé Mentale Au Québec*, 28(1), 126–150. <https://doi.org/10.7202/006985ar>
- Morisset, J. (2018). Isolement et contentions en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Association de recherche en soins infirmiers*, 1(132), 78-90. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-1-page-78.htm>
- Mouillerac, C. (2009). Soins ou punition ?. *Santé mentale*, 139, 62-65.
- Nations unies. (1948). La déclaration universelle des droits de l'homme. Repéré à <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
- Newman, M. A., Smith, M. C., Dexheimer Pharris, M., & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *Advances in nursing science*, 31(1), 16-27.
- Nijman HLI, à Campo JMLG, Ravelli DP, Merckelbach HLGJ. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*. 1999 ; 50(6) : 832–4.
- Nitschke, J., Sünkel, Z., & Mokros, A. (2018). Forensic preventive assertive community treatment: Pilot project to prevent violent crimes in the context of psychiatric disorders. *Nervenarzt*, 89(9), 1054–1062. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0573-6>
- Office fédéral de la santé publique, OFSP. (2019). Politique de la santé : stratégie du Conseil fédéral 2020-2030. Suisse : OFSP. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>
- Office fédéral de la santé publique, OFSP. (2020). *Traitement médical, Les mesures de contention et les traitements sans consentement*. Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/4-behandlungen-ohne-einwilligung.html>
- Olsson, H., & Schön, U. K. (2016). Reducing violence in forensic care—how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of Mental Health*, 25(6), 506–511. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075>
- Ordre national des infirmiers, O. (2010). *Psychiatrie et santé mentale Enjeux et*

- perspectives pour les pratiques infirmières*. Repéré à https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cnoi_psychiatrie_sante_mentale.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (2018). La santé mentale : renforcer notre action. Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (n.d.). Santé mentale. Repéré à https://www.who.int/topics/mental_health/fr/
- Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (n.d.). Troubles mentaux. Repéré à https://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/#:~:text=Les%20troubles%20men taux%20regroupent%20un,de%20rapports%20avec%20autrui%20anormaux.
- Organisation Mondiale de la santé. (n.d.). Violence. Repéré à <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
- Ouharzoune, Y., & Agrech, C. (2005). *Techniques de soins en psychiatrie* (2ème édit). Rueil-Malmaison : (s.n.).
- Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*. Paris : (s.n.).
- Pépin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4ème édit). Montréal, Canada : Chenelière éducation.
- Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Perret, P. (2009). L'entretien de recueil du vécu. *Santé mentale*, 139, 58-61
- Perritaz, A., & Gothuey, I. (2018). Chambre de soins intensifs en psychiatrie. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 169(02), 40-47. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00549>
- Phaneuf, M. (2016). L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf>
- Poirier Coutansais, G. (2012). Éthique, éthique des soins. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 187-189). Toulouse, France : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0187>
- Poujouly, M.-C. (2012). Violence. *Les concepts en sciences infirmières*, 302-304
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänänen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850-855. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393>
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'encéphale*, 36, 433-438
- Rosenberg, M. B. (1999). *Les mots sont des fenêtres (ou des murs) - Introduction à la Communication NonViolente*. (Editions Jouvence (ed.); 3ème).

- Salamin, V., Schuwey-Hayoz, A., & Bickel, G. G. (January 01, 2010). Epidémiologie des comportements agressifs en psychiatrie hospitalière : état des lieux dans le canton de Fribourg. *Archives Suisses De Neurologie Et De Psychiatrie*, 161, 1, 23-29.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1948, réédité en 1971). *The mathematical theory of communication*. Urbana : Univ. of Illinois Press.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse, Monitoring 2016*. Repéré à https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_72_rapport.pdf
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance*. Observatoire suisse de la santé. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance>
- Schuwey-Hayoz, A., Needham, I. (2006). *Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique suisse*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-3-page-108.htm>
- Services de la santé publique des cantons de Berne Fribourg Genève Jura Neuchâtel Tessin Valais et Vaud. (2014). *L'essentiel sur les droits des patients, information en santé publique*. (S.l.) : (s.n.).
- Sturm, E. (2020). « Je suis convaincue que le contrainte peut être source de liberté ». *Esprit(s) - La revue de Pro Mente Sana*, 2, 18-20.
- Tétréault, S., Sorita, E., Ryan, A., & Ledoux, A. (2013). *Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS)*. Laval, Québec : (s.n.).
- Tétréault, S., Sorita, E., Ledoux, A., & Ryan, A. (2014). Guide pour analyser les articles scientifiques et maximiser sa lecture - Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS). Dans S. Tétréault & P. Guillez (Éds), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1re éd., p. 545). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck, Noto.
- Townsend, M. C. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale* (2ème édit). Québec : (s.n.).
- Valot, L., Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des maladies métaboliques*, 14, 761-767.
- Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M., & Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203-215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x>
- Vignat, J.-P. (2009). De l'isolement au soin intensif. *Santé mentale*, 139, 18-22.
- Warchol, N. (2007). La consultation infirmière : un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 91(4), 76-96. <https://doi.org/10.3917/rsi.091.0076>
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1979). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil.

Wullschleger, A. (2020). Interview : les mesures de contrainte doivent toujours être notre dernier recours. *Esprit(s) - La revue de Pro Mente Sana*, 2, 12-14.

Chapitre 8 : Appendices

Appendice A : équations de recherche et résultats dans les bases de données

TABLEAU 3 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR CINHAL

Cinhal						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve ¹	Impact Factor	Argumentations
Psychiatry AND Patient Seclusion	25	-	Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28(4), 888-898. https://doi.org/10.1111/inm.12588	V Étude qualitative	2.383	Plusieurs articles étaient intéressants, mais ne répondent pas directement à la thématique déterminée ou n'ont pas un devis correspondant aux attentes (revue systématique). L'article retenu apporte un éclairage intéressant sur la réduction de la violence ou de l'utilisation de l'isolement
Patient Seclusion AND Violence - Prevention and control	27	-	Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 26(5), 461-471.	III Étude quasi expérimentale	2.383	Les articles non retenus ne correspondent pas à la question ou leur date de publication est trop ancienne.

¹ Niveaux de preuve :

Niveau I : Revue systématique ou méta analyse

Niveau II : Étude randomisée contrôlée

Niveau III : Étude contrôlée sans randomisation

Niveau IV : Étude de cas et étude de cohorte

Niveau V : Étude qualitative ou descriptive «simple»

Niveau VI : Opinion d'experts ou d'autorités

			https://doi.org/10.1111/inm.12380			
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Psychiatry AND Violence AND Patient Seclusion	0	-	<i>Aucun</i>			
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Psychiatry AND Patient Seclusion	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND Patient Seclusion AND Violence	5	-	<i>Aucun</i>			Articles trop vieux ou ne répondant pas à la question
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Patient Seclusion	1	-	<i>Aucun</i>			L'article ne correspond pas à la thématique de recherche
Communication skills AND Agitation	1	-	<i>Aucun</i>			Cet article n'a pas été retenu, car il ne présente pas une structure adaptée pour l'analyse.
Communication AND agitation	70	Années de publication : 2010-2021 40 articles trouvés	<i>Aucun</i>			Ces articles n'ont pas été retenus, car beaucoup concernent les patients déments ou les enfants.
Patient seclusion AND communication	16	-	<i>Aucun</i>			Ces articles n'ont pas été retenus, car ils ne

						correspondent pas suffisamment au thème.
Patient seclusion AND communication skills AND psychiatry	0	-	<i>Aucun</i>			
Patient seclusion AND communication skills OR communication AND psychiatry	2	-	Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 26</i> (5), 513-524. https://doi.org/10.1111/inm.12389	V Étude mixte rétrospective	2.383	L'autre article datait de plus de 10 ans.

TABLEAU 4 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR COCHRANE

Cochrane						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve	Impact Factor	Argumentations
Patient isolation AND Violence (Tree number 2)	18 trials	-	Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. <i>Psychiatric Services, 64</i> (9), 850-855. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393	II RCT	2.539	Les articles qui n'ont pas été retenus ne correspondent pas à la thématique ou ne possède pas d'impact factor.
Patient isolation AND Psychiatry	30 trials	-	Kontio, R., Lahti, M., Pitkänen, A., Joffe, G., Putkonen, H., Hätönen, H., ... Välimäki, M. (2011). Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices: A randomized controlled study (ISRCTN32869544). <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18</i> (9), 813-821.	II RCT	1.947	Les autres articles ne répondent pas à la thématique de ce travail.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01729.x>

TABLEAU 5 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR JBI

JBI						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve	Impact Factor	Argumentations
(Violence OR Aggression) AND (Therapeutic alliance OR Communication) AND Psychiatry	1	-	<i>Aucun</i>			L'article ne correspond pas à la question de recherche.
Psychiatry AND Patient isolation	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND (Violence OR Aggression)	1	-	<i>Aucun</i>			L'article ne correspond pas à la question de recherche.
(Violence OR Aggression) AND (Therapeutic alliance OR Communication)	2	-	<i>Aucun</i>			Le devis d'un des deux n'est pas utilisable pour ce travail et ne répond pas à la question, le second (le même que plus haut pour les équations dans cette base de données) ne correspond pas à la question de recherche

TABLEAU 6 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR MEDLINE (OVID)

MedLine (Ovid)						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve	Impact Factor	Argumentations
Psychiatry AND Patient isolation AND Violence	19	-	Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 26(5), 513-524. https://doi.org/10.1111/inm.12389	V Étude mixte rétrospective	2.383	Les articles non retenus ne présentent pas une structure adaptée pour les analyser ou alors ne répondent pas à la thématique de réduction de l'isolement/la violence.
Psychiatry AND Patient isolation AND Communication	6	-	<i>Aucun</i>			Les articles non retenus n'ont pas une structure adaptée ou ne répondent pas à la thématique
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Psychiatry AND Patient isolation AND Violence	0	-	<i>Aucun</i>			
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Psychiatry AND Patient isolation	6	-	<i>Aucun</i>			Les articles n'ont pas une structure adaptée ou ne répondent pas à la thématique.
(Communication OR Therapeutic alliance) AND Patient isolation AND Violence	3	-	<i>Aucun</i>			Les articles ne correspondent pas à la thématique.

TABLEAU 7 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR PSYCHINFO

PsycInfo						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve	Impact Factor	Argumentations
Patient seclusion (hospitalization + patient violence + psychiatric hospitalization + psychiatric hospitals + psychiatric units) AND (Therapeutic alliance OR (Communication + communication skills + communication skills training))	122	-	Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2019). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. <i>Health and Social Care in the Community</i> , 27(1), 170-181. https://doi.org/10.1111/hsc.12636	II RCT	2.050	Les autres résultats n'étaient pas des articles (chapitre de livre), ne correspondaient pas à la thématique ou leurs dates de publication trop anciennes.
Violence prevention OR agitation AND communication AND psychiatry	3	-	Jacob, T., Sahu, G., Frankel, V., Homel, P., Berman, B., & McAfee, S. (2016). Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 87(1), 31-48. https://doi.org/10.1007/s11126-015-9353-7	V Étude rétrospective	1.422	Les autres articles n'ont pas été retenus, car ils ne correspondent pas à la thématique et un est un chapitre de livre.
(Patient seclusion OR patient violence OR psychiatric hospitalization OR psychiatric hospitals OR psychiatric units) AND therapeutic alliance	40	Années de publication : 2010 – 2021	Cookson, A., Daffern, M., & Foley, F. (2012). Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 21(1), 20-29. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00764.x	V Étude mixte descriptive	2.383	Les articles non retenus ne correspondent pas à notre sujet, la population ainsi que les problématiques présentées ne sont pas en cohérence avec notre thème.

		21 articles trouvés				
Patient seclusion (hospitalization + patient violence + psychiatric hospitalization + psychiatric hospitals + psychiatric units) AND Patient seclusion AND Communication (+ Communication skills + Communication skills training) AND Therapeutic alliance	0	-	<i>Aucun</i>			
(Therapeutic alliance OR Communication (+ Communication skills + communication skills training)) AND Psychiatry AND Patient Seclusion AND Prevention (+ Violence prevention) AND Aggressiveness	0	-	<i>Aucun</i>			
(Therapeutic alliance OR Communication (+ Communication skills +	17	-	<i>Aucun</i>			Les articles ne correspondent pas à la question de recherche ou sont trop anciens.

communication skills training)) AND Prevention (+ Violence prevention) AND Psychiatry						
Psychiatry AND Patient seclusion (hospitalization + patient violence + psychiatric hospitalization + psychiatric hospitals + psychiatric units) AND OR Communication (+ Communication skills + communication skills training))	41	-	Jacob, T., Sahu, G., Frankel, V., Homel, P., Berman, B., & McAfee, S. (2016). Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. <i>Psychiatric Quarterly</i> , 87(1), 31-48. https://doi.org/10.1007/s11126-015-9353-7	V Étude rétrospective	1.422	Les autres articles ne répondent pas à la thématique ou leur date de publication est trop ancienne
Prevention (+ Violence prevention) AND Aggressiveness AND (Therapeutic alliance OR Communication (+ Communication skills + communication skills training))	1	-	<i>Aucun</i>			La date de publication de l'article est trop ancienne.
Psychiatry AND patient seclusion AND violence AND (therapeutic alliance OR communication skills)	0	-	<i>Aucun</i>			

Psychiatry AND violence AND (therapeutic alliance OR communication skills)	1	-	<i>Aucun</i>			Cet article n'a pas été retenu, car il traite des violences domestiques.
Patient seclusion AND violence AND (therapeutic alliance OR communication skills)	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND patient seclusion AND (therapeutic alliance OR communication skills)	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND Patient seclusion AND violence AND therapeutic alliance	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND Patient seclusion AND violence AND communication skills	0	-	<i>Aucun</i>			
Patient seclusion AND violence AND therapeutic alliance	0	-	<i>Aucun</i>			
Patient seclusion AND violence AND communication skills	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND patient seclusion	0	-	<i>Aucun</i>			

AND therapeutic alliance						
Psychiatry AND patient seclusion AND communication skills	0	-	<i>Aucun</i>			
Psychiatry AND patient seclusion AND communication	1	-	<i>Aucun</i>			Cet article n'a pas été retenu, car il concerne l'agitation des patients.
Psychiatry AND patient seclusion AND prevention	3	-	Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 26(5), 513–524. https://doi.org/10.1111/inm.12389	V Étude mixte rétrospective	2.383	Les 2 autres articles n'ont pas été retenus, car leur date de publication est trop ancienne.
Patient seclusion AND violence AND communication	0	-				
Patient seclusion AND violence AND prevention	4	-	<i>Aucun</i>			3 articles n'ont pas été retenus, car leur date de publication est trop ancienne et l'autre n'est pas un article, mais le chapitre d'un livre.
Psychiatry AND violence AND communication	29	-	<i>Aucun</i>			Aucun article n'a été retenu, car aucun ne se rapprochait suffisamment de notre thématique.
Psychiatry AND violence AND prevention	40	-	Nitschke, J., Sünkel, Z., & Mokros, A. (2018). Forensic preventive assertive community treatment: Pilot project to prevent violent crimes in the context of psychiatric disorders. <i>Nervenarzt</i> , 89(9), 1054–1062. https://doi.org/10.1007/s00115-018-0573-6	III Étude quasi expérimentale	0.887	Les autres articles n'ont pas été retenus, car il ne correspondait pas assez à notre thématique, avaient des dates de publication trop anciennes ou

						n'étaient pas des articles, mais des chapitres de livre.
--	--	--	--	--	--	--

TABLEAU 8 : ÉQUATIONS DE RECHERCHE SUR PUBMED

PubMed						
Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Filtres	Articles retenus	Niveaux de preuve	Impact Factor	Argumentations
Patient isolation AND Psychiatry AND Violence	19	-	Lau, S., Brackmann, N., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2020). Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. <i>Frontiers in Psychiatry, 11</i> (May), 1-8. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00465 Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 26</i> (5), 513-524. https://doi.org/10.1111/inm.12389	V Étude rétrospective V Étude mixte rétrospective	2.849 2.383	Les articles non retenus ne correspondent pas à la thématique, sont inaccessibles, les dates de publication trop anciennes ou leur structure pas adaptée à une analyse à l'aide de la grille de lecture préconisée.
Psychiatry AND Violence AND prevention and control	767	Publication date 10 years 212 articles trouvés	Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J., & McKenna, B. (2019). Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 28</i> (5), 1183–1194. https://doi.org/10.1111/inm.12630	III Étude quasi expérimentale	2.383	Les articles non retenus traitaient des violences conjugales, de la violence à l'adolescence, voir du terrorisme, ou encore d'autres sujets ne se rapportant pas à notre thématique par conséquent ils ont été jugés hors sujet.

			<p>Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 26(5), 513–524. https://doi.org/10.1111/inm.12389</p> <p>Olsson, H., & Schön, U. K. (2016). Reducing violence in forensic care—how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? <i>Journal of Mental Health</i>, 25(6), 506–511. https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075</p>	<p>V Étude mixte rétrospective</p> <p>VI Étude qualitative</p>	<p>2.383</p> <p>2.703</p>	
((Communication OR Communication Methods, Total) OR Therapeutic alliance) AND Psychiatry AND Violence	221	Publication date 10 years 68 résultats	<i>Aucun</i>			Les articles ne correspondent pas à la question de recherche
((Communication OR Communication Methods, Total) OR Therapeutic alliance) AND Patient isolation	88	-	<i>Aucun</i>			Les articles ne correspondent pas à la thématique ou sont inaccessibles.
Patient isolation AND Violence (Prevention and control)	92	-	<p>Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 26(5), 513-524. https://doi.org/10.1111/inm.12389</p>	<p>V Étude mixte rétrospective</p>	2.383	Les articles non retenus sont inaccessibles, ne répondent pas à la question de recherche, n'ont pas une structure adaptée ou sont trop anciens.

			Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. <i>Psychiatric Services, 64</i> (9), 850-855. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393	II RCT	2.539	
--	--	--	---	-----------	-------	--

En plus, un autre article a été conservé. Découvert via la scoping review, il a attiré l'attention des auteurs, car son contenu correspond à la question de recherche. Il fait partie des sources utilisées pour construire l'article de Morisset J. *Isolement et contentions en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives* (2018).

Ainsi, il utilise l'article suivant :

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015).

Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>

Il se situe au niveau II des niveaux de preuve, c'est une RCT. Cette étude a un impact factor de 3.783.

Appendice B : grilles de Tétreault

Article 1

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital
Thèmes abordés	Isolement, contention, psychiatrie et techniques de désescalade
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre de cet article pose la question pertinente du motif d'utilisation des mesures de contrainte et si des techniques de désescalade ont été utilisées afin de limiter le recours à de tels dispositifs.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta, Anu Putkonen, Eila Repo-Tiihonen et Jari Tiihonen du Département de Psychiatrie Forensique de l'Université de Finlande Orientale.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Jari Tiihonen est également rattaché à l'Institut National de la Santé et du Bien-être à Helsinki en Finlande, mais également au Département de Neurosciences Cliniques de l'Institut Karolinska à Stockholm en Suède. Katri Vehviläinen-Julkunen du Département de Science Infirmière de l'Université de Finlande Orientale à Kuopio.
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	De-escalation, Forensic psychiatry, Prevention, Restraint, Seclusion
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Les objectifs de cette recherche sont l'identification des motifs d'isolement ou de contention des patients en milieu psychiatrique hospitalier. Pour cela, une analyse rétrospective des dossiers d'isolement a été menée avec une attention particulière pour l'utilisation de techniques de désescalade utilisées. Des statistiques descriptives ont été calculées sur la base de dossiers sur la contrainte et l'isolement rassemblés sur une période de 4 ans. Les techniques visant à éviter le recours aux mesures coercitives sont l'interaction un-à-un avec le patient et l'administration d'une médication supplémentaire. Ensuite, les motifs liés à l'isolement et la contention sont majoritairement un comportement nuisible menaçant, un comportement nuisible indirect ainsi qu'un comportement nuisible direct et finalement d'autres comportements.

1.2 Introduction

1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?

Premièrement un mouvement international en faveur de la réduction de l'utilisation de telles mesures se dessine (Bowers et al., 2010 ; Happell et Koehn, 2010 ; Huckshorn, 2006 ; Kontio et al., 2012 ; MIELI plan, 2009 ; Noorthoorn et al., 2016 ; Putkonen et al., 2013 ; Smith et al., 2015 ; Wieman et al., 2014).

Les mesures restrictives coûtent chères et de plus, menace la sécurité ainsi que la relation thérapeutique entre le patient et l'équipe soignante (LeBel & Goldstein, 2005 ; Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2011), tout comme elles posent également un dilemme éthique aux soignants (Kontio et al., 2010).

De surcroît, d'un point de vue des droits humains, l'isolement et la contention ne peuvent être utilisés qu'en dernier recours, il est donc légitime de vérifier les motifs pour l'utilisation de ces mesures ainsi que les actions mises en place pour l'éviter. Ensuite, il est à remarquer que ces mesures ne peuvent être mises en place qu'en cas d'urgence afin de maintenir la sécurité dans des circonstances de dommage imminent ou immédiat et après que des mesures alternatives aient échoué (Huckshorn, 2006 ; Kumble & McSherry, 2010 ; Restraint Reduction Network, 2017).

En outre, il est à remarquer que les mesures restrictives ne permettent de prévenir que partiellement les comportements indésirables, mais surtout, ne les éliminent pas complètement tant qu'elles sont utilisées de manière indépendante (Kuivalainen et al., 2014).

Des mesures thérapeutiques ainsi que des techniques « à court terme » sont nécessaires pour faire face aux situations complexes.

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?

Tout d'abord, en plus des soins réguliers, des techniques pour gérer les situations complexes de la pratique clinique sont nécessaires.

Le recours aux mesures coercitives a diminué avec succès en Finlande. Toutefois, afin de développer ces techniques avec des patients relevant du domaine de la psychiatrie légale, il est nécessaire d'approfondir l'analyse des motifs d'utilisations des mesures coercitives. Cette étude approfondie pourrait donc conduire à une diminution encore plus importante de l'utilisation de la contrainte et de l'isolement et réduire également la violence hospitalière.

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?

Le plan de l'étude n'est pas précisé, toutefois, on peut remarquer que l'article est bien structuré au moyen de titres séparant les diverses parties.

Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?

Les objectifs de cette présente étude sont la description des phénomènes : techniques de désescalade utilisées dans les soins psychiatriques ainsi que les motifs de recours à l'isolement et à la contrainte.

Plus largement, cette étude a pour but d'améliorer la prise en soins des patients en hôpital psychiatrique légal ainsi que de soutenir les efforts pour la réduction de l'utilisation de mesures restrictives durant la prise en soins.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?

Un modèle théorique ou cadre conceptuel n'est pas spécifié dans cette étude.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs

Une des problématiques découlant de l'utilisation des mesures de contention pour faire face à l'agressivité est que le patient est démis de sa responsabilité et de ses facultés dans la situation, alors qu'il devrait être capable de réguler ses émotions dans le futur... Les mesures alternatives à l'isolement et la contention valent la peine d'être utilisées, car elles peuvent, au moins occasionnellement, se substituer aux mesures coercitives (Bowers et al., 2011).

La désescalade, une compilation de techniques infirmières, est reconnue dans de nombreuses guidelines, programmes d'entraînement et manuel sur la gestion de la violence hospitalière (National Institute for Health and Care Excellence, 2015 ; Richter, 2006 ; Robertson et al., 2012).

Un lien thérapeutique de qualité dès le début des soins avec le patient est essentiel afin d'entreprendre des techniques désescalade (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

La Checklist Brøset de la violence (BVC) est un exemple réussi de techniques de désescalade structurées, qui a permis de diminuer la violence hospitalière dans les services de psychiatrie aiguë et ainsi de diminuer le recours aux moyens de contention (Abderhalden et al., 2008 ; Almvik et al., 2000 ; Van de Sande et al., 2011).

La modulation sensorielle peut aider un patient, dans un service de psychiatrie, dans la régulation de ses émotions (Champagne et Stromberg, 2004).

Même si la désescalade est largement reconnue et acceptée, elle est aussi critiquée, car repose essentiellement sur des techniques verbales et cognitives (Sutton et al., 2013). De surcroît, il y a un manque de preuve en regard de son efficacité, et la base théorique concernant l'agressivité a été négligée dans la plupart des études (Robertson et al., 2012).

Les motifs de recours aux moyens de contrainte et les moyens de les mesurer varient au niveau international, mais ils restent relativement similaires (Noorthoorn et al., 2015 ; Steinert & Lepping, 2009 ; Steinert et al., 2010). Parmi ces raisons, on retrouve la menace d'utiliser ou l'utilisation de la violence contre soi-même ou d'autres personnes, des actes de dégradation de la propriété, tentative d'échapper aux soins et l'incapacité de prendre soin de soi (Paavola et Tiihonen, 2010 ; Raboch et al., 2010) ainsi que l'agitation et la désorientation (Kaltiala-Heino et al., 2003 ; Keski-Valkama et al., 2009 ; Larue et al., 2010).

Il est à noter qu'en plus des motifs impérieux justifiant le recours à l'isolement et la contention, d'autres raisons comme les facteurs organisationnels entre en jeu : par exemple, le type de service hospitalier, le nombre de patients dans le bâtiment, la présence d'un espace extérieur ainsi que la présence de mesures de sécurité particulières ou encore la perception de l'atmosphère du service par le personnel, tout comme les caractéristiques de l'équipe soignante (De Benedictis et al., 2011 ; Janssen et al., 2013 ; Van der Schaaf et al., 2013).

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	Les variables dépendantes sont l'isolement et la contention. La variable indépendante regroupe les techniques de désescalade utilisées. Les variables de contrôle sont notamment les caractéristiques des patients constituant l'échantillon : sexe, diagnostic, comorbidités ainsi que statut légal, la durée moyenne du séjour
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui. Les critères relatifs au recours à l'isolement ou la contrainte sont détaillés selon la loi finlandaise sur la santé mentale. En outre, en introduction, une description de ce que les auteurs considèrent comme l'isolement et la contention est précisée. De plus, les auteurs précisent que les données des variables correspondent à des descriptions narratives.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les objectifs de cette étude sont la description des phénomènes : motifs d'isolement et de contrainte, ainsi que des mesures de désescalade utilisées.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Les auteurs donnent une définition pour l'isolement et pour la contention. Ils détaillent également les actions comprises dans les techniques de désescalade utilisées, et donnent une définition de ce terme. Il s'agit donc de reconnaître les signes précoces d'agitation, de colère et d'agression et ensuite de réagir de manière proportionnée et appropriée.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse de recherche était notamment de comparer les motifs d'isolement et de contention dans un service de psychiatrie légale versus dans un hôpital de psychiatrie générale.

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude descriptive, transversale et rétrospective de nature mixte, car elle comporte une analyse qualitative de nature phénoménologique. Le devis mixte est de type concomitant imbriqué avec une priorité pour la méthode qualitative (QUAL/quant).
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, les dates de la mesure sont précises, le nombre de dossiers étudiés est précisé. La nature du devis au niveau quantitatif est précisée, toutefois, la composante qualitative est peu mise en avant par les auteurs malgré l'importance de celle-ci pour l'analyse.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique de Recherche de l'Hôpital de District du Northern Savo. Il a jugé que la présente étude était justifiée scientifiquement et que les considérations éthiques essentielles ont été prises en compte. Le plan de recherche suit les principes de bonnes pratiques cliniques et correspond à la législation concernant les études scientifiques. En outre, la recherche est menée au niveau de l'hôpital et non au niveau personnel du bénéficiaire de soins. Les données minimums concernant ce dernier ont été récoltées et anonymisées.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Le devis est précis : étude descriptive et donc sans intervention expérimentale, transversale et donc se basant sur une seule mesure qui ne permet pas de mettre en lien les effets avec les causes et enfin rétrospective, car se basant sur des dossiers des années précédentes.

Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les auteurs mènent une étude rétrospective se basant sur les observations du dossier de soins retranscrites par les soignants.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population cible sont les patients issus d'un hôpital de psychiatrie légale qui ont été soit isolé soit ont été contentonné.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les participants ont été sélectionnés à partir de l'hôpital dans lequel la recherche était menée, l'Hôpital Niuvanniemi à Kuopio en Finlande. Comme la recherche se concentre au niveau de l'hôpital et pas au niveau des patients, leur consentement n'était pas nécessaire.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Il n'y a pas de critères d'exclusion ou d'inclusion au niveau des caractéristiques du patient, mais ils sont plutôt relatifs à la nature de leur épisode d'isolement ou de contention. En effet, seul le premier épisode est pris en compte et il doit avoir été décidé en interne à l'hôpital.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Il y a répartition des participants en catégorie (trois groupes : patients ayant commis un crime, mais non coupable, car jugés irresponsables de ses actes, patients dont le traitement serait difficile ou dangereux dans un hôpital psychiatrique local, patients qui sont référés pour un examen mental légal) afin de pouvoir considérer un échantillonnage aléatoire qui est représentatif et inclut une grande variété d'épisodes de contention et d'isolement de différents services et groupes de patients.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Il n'y a pas eu de choix des participants puisque tous les premiers épisodes de contention et d'isolement identifiables pour les patients, ainsi que si elles étaient présentes, les techniques désescalade utilisées, dans l'hôpital sélectionné ont été inclus.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon a été dépendante du nombre de recensions des épisodes de contrainte-isolement ainsi que celles faisant référence aux techniques désescalade.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Les auteurs ont procédé à des statistiques descriptives univariées et multivariées afin de mettre en avant le nombre d'isolements et de contentions ainsi que les techniques de désescalade les plus utilisées.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Deux axes sont présents pour cette étude : un qui analyse les motifs d'isolement et de contention et le second qui analyse les techniques de désescalade. Concernant les motifs d'isolement et de contention, premièrement, tous les épisodes d'isolement et de contention ont été recensés entre le 1 ^{er} juin 2009 et le 31 mai 2013, n= 1493. Ensuite, seul le premier épisode de contention ou d'isolement par patient a été considéré (de nombreux patients ayant été plusieurs fois isolés ou contentonnés), n= 175. 31 épisodes d'isolement et de contrainte ont été exclus de l'étude, car décidés par une autre organisation, n=144. Pour l'analyse des techniques de désescalade, le cheminement est le même que ci-dessus, toutefois, 31 épisodes sont également exclus, car les raisons de celui-ci étaient inattendues.

Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	C'est une étude transversale qui ne propose donc qu'une mesure.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	La variable correspond au nombre d'épisodes d'isolement et de contention. Afin d'assurer la représentativité, seuls les premiers épisodes de contention et d'isolement par patient ont été retenus. Il s'agit de variables quantitatives discrètes. Les variables indépendantes correspondent au nombre de techniques de désescalade utilisées. Celles-ci sont des variables quantitatives discrètes.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Il n'y a pas d'intervention, c'est une étude descriptive rétrospective.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Des statistiques descriptives et χ^2 -test ont été calculés au moyen du <i>Statistics IBM SPSS version 20</i> . Deux statistiques inférentielles sont également présentées. Afin de vérifier le codage, la statistique kappa a également été mesurée.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Les méthodes d'analyse ne sont pas justifiées. L'étude se centrant sur la description des phénomènes, la partie quantitative permet de chiffrer les épisodes.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'échantillon rassemble des hommes et des femmes hospitalisés dans un hôpital de psychiatrie légale séparés en 3 catégories en fonction de leur statut légal et qui ont été isolés ou contentonnés. Ils sont tous hospitalisés dans le même hôpital, échantillonnage par convenance.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Des précisions sur les participants sont données à travers les variables de contrôle : leur sexe et leur statut légal.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Oui. La collecte de données s'est faite rétrospectivement sur la période du 1 juin 2009 au 31 mai 2013.

2. Description des résultats

Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0.05$) ?	<p>Les auteurs ont mis en évidence une différence significative qui corrèle majoritairement un sexe masculin avec un statut de criminel jugé non coupable, car jugé non-responsable de ses actes, tandis que les femmes font davantage partie de la catégorie des patients difficiles ou dangereux à prendre en soins dans un hôpital local ($p = 0.001$).</p> <p>Lorsqu'une corrélation est effectuée entre le sexe du patient et la cible de son comportement violent, les auteurs ont mis en évidence que les hommes ont davantage tendance à agresser une autre personne ou ne pas avoir de cible tandis que les femmes dirigent davantage leur agressivité vers elles-mêmes ($p=0.007$)</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	<p>Au niveau quantitatif, les autres résultats importants sont notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un nombre plus élevé d'isolement ($n = 1301$) comparativement au nombre de contention ($n = 192$) - Un nombre d'hommes ($n=524$) plus élevé que de femmes ($n=90$). - Le nombre de patients admis est assimilé majoritairement à la catégorie des patients difficiles ou dangereux à traiter en hôpital local ($n=68$ ou 47.2%), suivis par les patients ayant commis un crime, mais jugés non coupables pour raisons de santé ($n=43$ soit 29.9%) et finalement les patients pour lesquels une expertise légale a été demandée ($n=33$, 22.9%). - 72.9% des patients isolés sont des hommes. - La cible majoritaire de l'agression est une autre personne ($n=67$, 46.5%), puis contre soi-même pour 35 épisodes (24.3%), et contre soi-même et les autres dans 10 épisodes (6.9%). Pour 15.3% des comportements agressifs ($n=22$), la cible n'a pas été identifiée. - Pour 101 des épisodes (sur 113, soit 89.4%), des techniques de désescalade ont été utilisées selon les observations des soignants - La technique la plus utilisée est l'interaction un-à-un ($n=74$), la médication est la deuxième ($n=39$), des mesures environnementales arrivent ensuite ($n=18$) tout comme l'observation intensive ($n=3$) et l'observation un pour un ($n=9$). Des mouvements avec le patient ont été reportés quelques fois ($n=5$). - Le motif d'isolement et de contention le plus récurrent est un comportement agressif menaçant (35.4%). Le deuxième motif le plus courant est le comportement nuisible direct (29.9%) suivi par un comportement nuisible indirect (29.1%) et un autre comportement (5.6%).

3. Article portant sur une étude qualitative

3.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Précision des composantes de la question	Les auteurs de cette étude cherchent à décrire les phénomènes liés au motif d'isolement ainsi que de contrainte, mais aussi s'il y a eu des techniques de désescalade et si c'est le cas, quelles étaient-elles.
--	--

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude descriptive, transversale et rétrospective ayant une nature qualitative de type phénoménologique. Comme cette étude est mixte, on peut mettre en avant que la méthodologie est de type concomitant imbriqué (QUAL/quant), car c'est la partie qualitative qui est d'intérêt principal pour l'analyse.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, les dates de la mesure sont précises, le nombre de dossiers étudiés est précisé. Les auteurs ne mentionnent toutefois pas la composante phénoménologique qui peut être mise en avant au vu des buts et résultats de la recherche.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	L'objectif est de décrire les phénomènes. L'utilisation d'un devis descriptif est donc appropriée. Toutefois, les auteurs ne peuvent identifier chaque épisode ayant été précédé par des techniques désescalade que par l'intermédiaire des informations fournies dans les observations du personnel, aussi cela laisse place à des informations incomplètes ou pas suffisamment détaillées.
Précision du rôle du chercheur	Dans la mesure où l'étude est rétrospective, le chercheur ne joue pas de rôle.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique de Recherche de l'Hôpital de District du Northern Savo. Il a jugé que la présente étude était justifiée scientifiquement et que les considérations éthiques essentielles ont été prises en compte. Le plan de recherche suit les principes de bonnes pratiques cliniques et correspond à la législation concernant les études scientifiques. En outre, la recherche est menée au niveau de l'hôpital et non au niveau personnel du bénéficiaire de soins. Les données minimums concernant ce dernier ont été récoltées et anonymisées.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Les auteurs mènent une étude rétrospective se basant sur les observations du dossier de soins retranscrites par les soignants.
Comment se déroule la collecte des données ?	Les auteurs récoltent les données des dossiers de patients qui ont été isolés ou contentionnés entre le 1 ^{er} juin 2009 et le 31 mai 2013.

3. Sélection des participants ou objets d'étude

Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Pour être inclus dans cette étude, les dossiers des patients ayant été isolés ou contentionnés dans l'hôpital prédéfini ont été retenus. Seul le premier épisode de l'un de ces moyens de contrainte a fait l'objet d'une analyse. Ensuite, les auteurs ont également intégré dans la recherche les dossiers faisant référence à l'emploi de techniques de désescalade. Quelques épisodes d'isolement et de contention (n=31) ont été écartés, car la décision de l'utilisation de ces mesures fut prise par un organisme externe au service. En outre, pour l'analyse des techniques de désescalade, 31 épisodes ont encore été écartés, car ils sont survenus de manière inattendue, étaient non-prévisibles.
---	---

4. Choix des outils de collecte d'information

Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	Les auteurs se sont appuyés sur la description narrative des épisodes de contention et isolement Toutefois, des précisions sont données sur la classification des données : les motifs d'isolement et de contention ont été classés selon les 6 catégories précédemment utilisées par Kaltiala-Heino et al. (2003) et Keski-Valkama et al. (2009). C'est-à-dire : violence réelle, menace de violence, dégât matériel, agitation-désorientation, agression-dangerosité non définie, inclassifiable.
--	--

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	La récolte de données se fait à partir de dossiers de patients ayant été isolés ou contentionnés durant la période entre le 1 ^{er} juin 2009 et le 31 mai 2013. La mesure est transversale et ne comporte donc qu'une seule mesure.
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Des statistiques descriptives et χ^2 -test ont été calculés au moyen du <i>Statistics IBM SPSS version 20</i> Une analyse qualitative de contenu a été réalisée à partir de descriptions narratives des techniques de désescalade utilisées selon le dossier du patient. Les auteurs ont divisé les données, ont nommé les techniques, les ont codés puis finalement regroupés en catégories. Ces catégories ont ensuite été regroupées en concepts plus larges. Ensuite, une analyse de contenu déductive a été réalisée afin d'identifier les raisons menant en isolement et à la contention.
Qui procède à l'analyse ?	Il est précisé qu'après classification, le groupe d'auteurs multiprofessionnels a discuté ce qui a permis d'approfondir l'analyse ainsi que de réexaminer les données afin de reformuler les catégories.
Quel est le logiciel utilisé ?	Il n'y a pas de précisions sur le logiciel utilisé.
Comment se fait la validation des données? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données? Si oui lesquelles?	Afin d'évaluer et de renforcer la fiabilité du codage, 20% des épisodes analysés ont été codés séparément par deux des auteurs. L'accord final sur les codes a été attesté au travers de l'utilisation de la statistique kappa qui a permis de vérifier la fidélité intercodeurs.

3.2 Résultats

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Les auteurs commencent par présenter des statistiques globales en lien avec le nombre total de patients traités dans l'hôpital (n=549) ainsi que le nombre total d'épisodes de contention (n=192) et d'isolement (n=1301). Ensuite, le nombre de premiers épisodes d'utilisation des moyens de contrainte (n=175) est spécifié et mis en relation avec la catégorie de patient dans lequel se situe le BDS. Les cibles du comportement dommageable sont précisées (voir aspect qualitatif). Les auteurs présentent ensuite les résultats en lien avec les techniques de désescalade. Le nombre de fois où elles ont été mises en œuvre, ainsi que les techniques employées. Concernant les motifs d'isolement et de contention, les auteurs les ont classés en 4 catégories et présentent quelques exemples par catégorie Des tableaux rassemblant les principaux résultats sont disponibles.

<p>Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a que peu d'épisodes de contrainte comparé à l'isolement : 7 versus 137, c'est pourquoi ils n'ont pas pu être dissociés pour l'analyse. - Près de la moitié des épisodes de contention et d'isolement (47.2%) ont été rapportés pour des patients dont le traitement aurait été difficile ou dangereux en hôpital psychiatrique général. Le deuxième groupe pour lequel les soignants ont eu le plus recours à ce type d'intervention concerne les patients ayant commis un crime, mais déclarés non coupables pour cause d'aliénation mentale. Et finalement, le troisième groupe correspond aux BDS référés pour un examen mental médico-légal. - 72.9% des patients isolés ou contentonnés étaient des hommes. Il est intéressant de noter que ceux-ci font majoritairement partie des patients ayant commis un crime tandis que parmi les 27.1% de femmes isolées, celles-ci faisaient plutôt partie des patients considérés comme difficile ou dangereux de traiter dans un hôpital psychiatrique local. - La cible la plus fréquente du comportement nuisible était une autre personne (46.5%), ensuite envers soi (24.3%) puis contre soi et les autres (6.9%) et finalement contre des objets (6.9%). Pour 22 épisodes, les chercheurs n'ont pas pu identifier la cible du comportement. - Il est à noter que les hommes ont plus tendance à cibler d'autres personnes ou à ne pas avoir de cible tandis que les femmes se prennent plus souvent pour cibles. - Parmi les 113 épisodes de contention et d'isolement, pour 101 cas (89.4%), les techniques de désescalade utilisées ont été précisées. - Seulement 12 épisodes n'ont pas été précédés par de telles techniques. - Deux catégories de désescalade ont été identifiées : mesures d'aide (150) et mesures de restrictions (30). - La technique la plus utilisée est la discussion individuelle avec le patient, suivi par des mesures médicamenteuses, puis des mesures en lien avec les infrastructures et finalement de l'observation intensive et/ou individuelle. Concernant les mesures de restriction mises en place, il s'agit notamment de limiter les privilèges ou les mouvements du patient. - Le motif le plus fréquent d'isolement ou de contention est un comportement nuisible menaçant (35.4%), le deuxième motif est le comportement nuisible direct (29.9%). Un comportement nuisible indirect représente le troisième motif et donc 29.1% des cas. Finalement, la dernière catégorie regroupe les autres comportements n'ayant pas de lien avec un comportement nuisible ou menaçant (5.6%). - Les 7 épisodes de contention recensés sont directement liés à un comportement nuisible direct.
---	---

4. Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Oui. Il est subdivisé en deux chapitres afin de différencier les 2 axes de la recherche : désescalade et motifs d'isolement ou de contention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le personnel a essayé d'aider le patient à maîtriser son comportement pour 101 épisodes parmi les 113 épisodes contention et d'isolement recensés. Les techniques les plus utilisés sont à nouveau présentées. - Les motifs les plus courants menant en isolement ont à nouveau été présentés. <p>Concernant les comportements nuisibles indirects, ils étaient moins précédés par des techniques de désescalades que les autres épisodes menant en contention ou isolement. Les auteurs expliquent cela de par la nature de ces épisodes, par exemple, le retour de fugue, consommation d'alcool ou de drogue réelle ou suspectée. Aussi, les auteurs suggèrent que ces épisodes de contention ou d'isolement auraient pu être évités.</p> <p>Il est à préciser que l'Hôpital de Niuvanniemi a débuté un programme de réduction des mesures d'isolement et de contention en 2008.</p>
--	--

Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	L'étude a pu mettre en avant les raisons justifiant le recours aux moyens de contrainte. Les auteurs évaluent les motifs d'utilisation de ces mesures comme justifiés, à quelques exceptions près.
--	--

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - Les chercheurs estiment que les techniques utilisées et donc recensées par cette étude sont limitées en comparaison du modèle d'évaluation des risques reconnus, la Checklist de la violence Brøset (Abderhalden et al., 2008 ; Van de Sande, 2011), malgré la facilité de réalisation de ces techniques (par ex. promenades, relaxation). - Les résultats concernant la nature de l'observation diffèrent de l'étude de Stewart et Bowers (2012). En effet, tandis que ceux-ci utilisent majoritairement l'observation spéciale intermittente, les chercheurs de la présente étude ont relevé une utilisation majoritaire de l'observation spéciale constante, toutefois, Stewart et Bowers ont effectué une analyse plus large en termes d'épisodes de conflit et de formes de confinement. - Le motif de recours à l'isolement ou la contention est conforme à une étude menée 10 ans auparavant dans le même hôpital (Paavola & Tiihonen, 2010). - Les raisons d'isolement et de contention regroupant les comportements de violence réelle ou de menace de violence ont été signalées moins souvent dans des études antérieures (Bowers et al., 2011 ; Noda et al., 2013 ; Raboch et al., 2010). Toutefois, par rapport à une autre étude finlandaise, les chiffres de cette présente étude sont inférieurs (Keski-Valkama et al., 2009), cependant, cela peut s'expliquer par les différences entre les groupes de patients observés.
--	--

3. Recommandations ou suggestions

<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>Les auteurs préconisent l'utilisation de mesures moins restrictives que l'isolement et la contention avant le recours à de tels moyens.</p> <p>Pour les auteurs, il est important de bien distinguer les motifs menant à l'isolement ou la contention. Par exemple, un vase brisé par un patient ne devrait pas avoir pour dernier recours l'utilisation de l'isolement...</p> <p>En outre, un soutien continu pourrait également être mis en place afin d'éviter le recours à ces mesures.</p> <p>D'autres mesures alternatives pourraient être explorées, comme la modulation sensorielle par exemple.</p>
<p>Comment les suggestions - recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Les auteurs expriment que cette étude met en lumière la nécessité d'éduquer le personnel de soin sur les différentes techniques de désescalade.</p> <p>Les chercheurs proposent d'améliorer la générabilité de l'étude en procédant à la stratification des données ainsi que le recours à l'échantillonnage aléatoire.</p> <p>En faisant une déduction sur la base des propositions des auteurs, il convient d'utiliser le principe de proportionnalité et ainsi de bien évaluer les comportements et les risques que ceux-ci présentent.</p> <p>En outre, des actes de prévention pourraient être mis en place afin de limiter les fugues ou la consommation d'alcool ou de drogue durant le séjour en hôpital.</p>
<p>4. Limites de la présente étude</p>	
<p>Quelles sont les limites/biais de l'étude ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seul le premier épisode de contention ou d'isolement de chaque patient est analysé. - Les épisodes regroupant des techniques de désescalade ayant permis d'éviter l'isolement ou la contention ne sont pas analysés et ne permettent donc pas de mettre en avant une technique ayant plus ou moins de succès. - Les auteurs estiment que d'autres variables affectant le recours aux moyens de contrainte ne sont pas prises en compte dans l'étude. - L'étude se base sur des analyses secondaires de données qui ne sont pas collectées à l'origine pour les besoins de l'étude et il est donc impossible d'observer tous les détails influençant les phénomènes, ce qui pourrait biaiser les résultats. - Les données analysées dépendent du niveau de détails des observations du personnel. - La taille de l'échantillon avait été estimée lors de la planification de l'étude, mais des épisodes ont dû être exclus, ce qui a réduit la taille de l'échantillon et donc la généralisation possible.

5. Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'étude a permis d'explorer et identifier les techniques de désescalade utilisées ainsi que les motifs de recours à l'isolement et la contention.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les mêmes techniques de désescalade ont été utilisées avec la plupart des patients. Des techniques traditionnelles comme l'interaction verbale, des changements de médication et l'aménagement des locaux. Le personnel a suivi les critères légaux afin d'avoir recours à l'isolement et la contention.

Article 2

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units
Thèmes abordés	Contention, psychiatrie
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui. Il s'agit des patients admis en hôpital psychiatrique communautaire. Le titre réfère également à la contention et à son utilisation dans ce milieu.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Theresa Jacob, Geetanjali Sahu, Violina Frankel, Peter Homel, Bonnie Berman, Scot McAfee sont issus du Département de
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Psychiatrie du Centre Médical Maimonides à Brooklyn, New-York aux États-Unis
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Physical restraints, Psychiatry, Agitation, Inpatient Unit, De-escalation
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif de cette étude est d'examiner les patterns d'utilisation de la contention ainsi que d'analyser les facteurs menant à son utilisation dans des services hospitaliers de psychiatrie adulte.</p> <p>La méthodologie est rétrospective, sur la période de 2007 à 2012. Les chercheurs ont recensé les unités, le genre des patients, le nombre et la durée des épisodes restrictifs, l'heure du jour ainsi que si une médication ou des interventions verbales ont été utilisées.</p> <p>Au total, 1753 épisodes d'utilisation de mesures restrictives ont été recensés pour 455 patients. Un modèle de régression mixte a trouvé des différences significatives en termes de durée de l'épisode en fonction du genre du patient, de l'unité, de la médication, de l'usage de la parole ainsi que du moment de la journée.</p>

1.2 Introduction

1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?

Malgré l'évolution de la psychiatrie, les moyens de contrainte continuent à être utilisés. Il y a deux types de mesures restrictives : physique ou chimique (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2006). De plus, les patients contenus sont exposés à de multiples admissions et à des séjours hospitaliers plus longs que les patients non contentonnés (Knutzen et al., 2013). La morbidité et la mortalité associées à l'utilisation de tels moyens sont un problème mondial (Rakhmatullina, Taub & Jacob, 2013). Les patients jeunes sont plus contentonnés que les patients âgés ($p < 0.001$), tandis que les femmes reçoivent significativement plus une contention chimique ($p = 0.001$) tout comme les patients de plus de 49 ans (Knutzen et al., 2013). Le genre et la sévérité de la maladie mentale sont les facteurs de risque les plus importants pour le recours à la coercition (Lay, Nordt & Rössler, 2011). De plus, la contention serait plus fréquente en cas d'admissions non-volontaires ou lors d'admissions volontaires avec altération de la conscience ($p < 0.001$) (Di Lorenzo et al., 2012). Pour Di Lorenzo et al., la contention physique peut avoir des effets thérapeutiques (2012). Aussi, la responsabilité légale et éthique du soignant quant à privilégier la sécurité face à la dignité et l'autonomie du patient est problématique. Mais avec une approche humaniste et de la compassion, les moyens restrictifs peuvent atteindre un but thérapeutique tout en protégeant la sécurité des autres pour Moylan (2009). Après une revue de littérature, les auteurs concluent que les conclusions autour des moyens restrictifs sont contradictoires : d'une part elles permettent de prévenir efficacement les blessures et diminuer l'agitation, mais d'autre part elles ont des effets négatifs physiques et psychologiques tant pour les patients que pour les soignants. Les auteurs de cette étude identifient ensuite en détail les facteurs pouvant conduire à un épisode restrictif : il s'agit de facteurs inhérents au patient, à l'équipe, au médecin l'ordonnant, à la configuration des unités et à la réglementation. Aussi, les auteurs révèlent que l'équipe pourrait avoir peur de la violence peut-être à cause d'un manque de compétences dans le travail avec des alternatives pour le patient agité. En outre, dans les unités ouvertes et « sans contention », les agressions physiques sont moins fréquentes et les fugues également (Davì, 2009). De surcroît, une équipe de soin qui écoute et est attentive aux besoins du patient réduit de cette manière le nécessité de recours aux mesures restrictives (Bowers, Van der Merwe, Paterson & Stewart, 2012). Des mesures législatives seules ne suffisent pas à réduire l'utilisation de l'isolement (Keski-Valkama et al., 2007).

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?

Les auteurs ne donnent pas d'explication sur l'originalité de leur démarche. Toutefois, dans la conclusion, les auteurs mentionnent le fait que cette étude contribue au recueil de données qui permet d'identifier ce qui influence les épisodes de recours aux mesures restrictives.

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de plan. Toutefois, en parcourant l'article, on peut se rendre compte que l'article est bien structuré au moyen de titres et sous-titres.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif à long terme est de réduire l'utilisation des moyens de contention pour les patients hospitalisés en utilisant des approches thérapeutiques alternatives tout en garantissant aux patients et au personnel d'être en sécurité, sans agressivité. C'est pourquoi les auteurs s'intéressent aux patterns d'utilisation des moyens restrictifs dans leur hôpital.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Pour cet article, il n'y a pas utilisation d'un modèle théorique ou d'un cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les auteurs ne mentionnent pas des limites provenant d'autres études.
--	---

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	La variable indépendante traite des épisodes de contrainte. La variable dépendante se compose de plusieurs éléments qui sont considérés comme ayant potentiellement une influence sur l'épisode de contrainte.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui, la variable dépendante est donc détaillée de telle sorte : nombre d'épisodes de contrainte par patient, le motif pour leur utilisation, l'utilisation d'une réorientation verbale avant l'épisode, le temps et la durée de l'épisode (encore détaillés dans l'étude) et la médication qui est également détaillée dans l'étude.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer la tendance des épisodes de contrainte sur une période de 6 ans et trouver les facteurs communs qui pourraient ainsi être modifiés afin d'approcher un environnement libre de mesures restrictives pour ces unités psychiatriques.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	La variable dépendante est bien décrite dans l'étude. De nombreux détails sont donnés sur les aspects observés et de quelle manière le sont-ils ainsi que leur manière d'être notifié.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Possibilité qu'il y ait des facteurs communs aux épisodes de contrainte.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Revue rétrospective
Le devis est-il bien détaillé ?	Le devis n'est pas très détaillé.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aussi, ils mentionnent que leur étude a été approuvée par la Commission de Révision Institutionnel.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Il est précisé que la revue rétrospective s'est basé sur les ordonnances de contention de deux unités psychiatriques du Centre Médical Mainmonides de 40 lits et 30 lits.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Une revue des ordonnances pour contrainte des deux unités choisies du Centre Médical Mainmonides a été effectuée entre janvier 2007 et décembre 2012.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population visée par cette étude est les patients issus de deux unités du Centre Médical Mainmonides à New York City. Plus précisément, les patients ayant reçu une ordonnance pour le recours à un moyen de contrainte.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Ce ne sont pas à proprement parler des personnes physiques qui participent à l'étude, mais l'on considère leurs épisodes d'isolement, qui sont tous inclus pour les deux unités observées du Centre Médical Mainmonides. Tous les épisodes de contention se déroulant durant la période de récolte de données ont été analysés.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Les épisodes de contention afin de prévenir les chutes ont été exclus des analyses.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, il n'y a pas de répartition en groupe, car le but de cette étude est l'analyse des patterns menant à l'utilisation des moyens de contrainte.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs précisent avoir considéré deux unités du Centre Médical Mainmonides, mais leur choix n'est pas justifié.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Comme tous les épisodes de contrainte sont inclus, sauf ceux concernant la prévention des chutes, il y a en tout 1753 ordonnances pour des mesures restrictives pour les deux unités observées, pour un total de 455 patients.

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Les auteurs font une analyse à partir des dossiers, se concentrant sur les ordonnances pour les mesures de contrainte. Ils compilent des données sur les éléments entourant les épisodes d'agitation soit la durée de l'épisode, l'utilisation de mesures alternatives, le genre du patient ainsi que le moment de la journée.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	C'est une étude rétrospective, la collecte de données est donc effectuée a posteriori des événements et sur une seule mesure.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	La passation et la cotation des outils ne sont pas détaillées.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui, la variable dépendante est donc détaillée de telle sorte : nombre d'épisodes de contrainte par patient, le motif pour leur utilisation, l'utilisation d'une réorientation verbale avant l'épisode, le temps et la durée de l'épisode (encore détaillés dans l'étude) et la médication qui est également détaillée dans l'étude. La variable dépendante est donc bien décrite dans l'étude. De nombreux détails sont donnés sur les aspects observés et de quelle manière le sont-ils ainsi que leur manière d'être notifié. La variable indépendante, soit les épisodes de contrainte sont définis de manière multidimensionnelle en prenant en compte un aspect historique, et délimite aussi notamment le champ de la définition.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Il n'y a pas d'intervention, l'étude est rétrospective.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Il y a différents types d'analyses menées en fonction du type de données et des résultats recherchés. Des fréquences pour les variables catégorielles comme le sexe, des médianes pour les variables continues asymétriques et une moyenne avec déviation standard pour les variables normales. Un χ^2 pour une comparaison ainsi qu'une distribution percentile. Une régression de Poisson pour comparer l'incidence. Ensuite, un modèle de régression mixte pour une comparaison. De plus, une modélisation linéaire généralisée a été utilisée tout comme un t test. Un niveau de preuve de 0.05 a été considéré pour toutes les comparaisons.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Les méthodes d'analyses sont rattachées à chaque élément qu'elles permettent d'analyser. Elles sont donc, d'une certaine manière, justifiées.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Globalement, plus d'hommes requièrent un épisode de contrainte que les femmes (60% vs 40%). Il n'y a pas d'autres caractéristiques ou variables de contrôle présentées.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Comme montré ci-dessus, les auteurs ne donnent que peu de précisions sur les individus ayant été inclus dans cette étude, car ce sont les épisodes d'agitation qui sont analysés.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La période de collecte de données s'est déroulée entre janvier 2007 et décembre 2012.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0.05$) ?	<p>Tous d'abord, les auteurs présentent les résultats significatifs par rapport aux années observées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le nombre d'individus nécessitant au moins un épisode de contrainte a varié significativement durant les années de la recherche ($p = 0.03$) : soit 58 personnes en 2009 et 93 en 2007 - Le nombre de patients assignés à chaque unité a également varié significativement au cours des années ($p = 0.01$) - Le taux annuel d'épisodes de contrainte par patient a varié significativement de 2.68 en 2012 au plus bas à 7.26 au plus haut en 2010 ($p < 0.001$) - La durée moyenne a varié significativement au travers des années soit de 1.69 heure au plus bas en 2012 à 1.85 au plus haut en 2010 ($p = 0.01$) - Le pourcentage d'épisodes pour lequel une réorientation verbale a été utilisée a également varié au cours des années ($p < 0.001$), tout comme les épisodes pour lesquels une médication a également été administrée ($p < 0.001$) <p>Ensuite, grâce au modèle de régression mixte, les résultats significatifs sont également présentés. Ceux-ci ne sont pas en interaction significative avec l'année observée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les hommes ont des épisodes de contrainte durant plus long que les femmes ($p = 0.01$) - Les épisodes de contrainte dans l'unité 6 ont tendance à être plus longs que dans l'unité 4 ($p < 0.001$) - Les épisodes de contrainte accompagnés d'une médication ont tendance à être plus longs que les épisodes sans médication ($p = 0.005$) - Les épisodes avec une réorientation verbale sont plus longs que les épisodes sans réorientation ($p = 0.003$) - Les épisodes se déroulant avec l'équipe du soir sont plus longs que les épisodes de contrainte se déroulant avec l'équipe du matin ($p = 0.004$) <p>Toutefois, les auteurs précisent que la durée moyenne (en minutes) ne varie que très peu malgré les résultats significatifs. Ils expliquent cela par le grand échantillon et le faible écart-type.</p>

Quels sont les autres résultats importants ?	Le nombre d'hommes pour lequel une contrainte a été effectuée est resté légèrement supérieur au nombre de femmes (60% pour 40%) durant toute la durée de l'étude. Le nombre total d'épisodes de contrainte a varié au cours de l'étude soit de 177 au plus bas en 2009 à 472 au plus haut en 2010.
--	---

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Les auteurs expliquent qu'ils ont décidé de se concentrer sur les facteurs d'influence suivants : le nombre d'épisodes de contention, la durée moyenne de l'épisode, si des alternatives comme une redirection verbale ou une médication ont été utilisées, les variations en lien avec les unités observées, le genre du patient ainsi que le moment de la journée. - Donc 2010 a été l'année avec le plus d'épisodes d'isolement. - C'est pour les hommes que le recours aux mesures restrictives est plus fréquent que pour les femmes - L'unité 6 a eu des épisodes de contention plus longs que l'unité 4 - Il y a eu plus d'isolement durant le tournus de l'équipe de nuit qu'avec l'équipe de jour - Dans la majorité des épisodes, une réorientation verbale ou une médication a été effectuée avant l'épisode
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Après avoir mis en évidence divers éléments récurrents associés aux épisodes de contrainte, les auteurs proposent de nombreuses recommandations et suggestions.

2. Liens avec les autres auteurs

<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)</p>	<p>L'agression est l'unique cause reportée dans les ordonnances pour la nécessité de recours aux mesures restrictives, tant dans cette étude que pour les précédentes.</p> <p>Richmond et al. ont décrit 4 objectifs pour la prise en charge du patient agité : assurer la sécurité du patient, de l'équipe et des autres personnes dans l'espace, aider le patient à gérer ses émotions et sa détresse et maintenir ou retrouver le contrôle de son comportement, éviter le recours aux mesures de contentions autant que possible et éviter les interventions coercitives qui augmentent l'agitation (2012).</p> <p>Selon l'Association Américaine pour la Psychiatrie d'urgence et son projet BETA (traduction libre : meilleures pratiques pour l'évaluation et le traitement de l'agitation), la désescalade non-coercitive est l'intervention de choix dans le management de l'agitation aiguë et les comportements menaçants, tant que le patient n'est pas activement violent (Knox & Holloman, 2012). En plus, Fishkin regroupe 10 domaines pour la désescalade : respect de l'espace personnel, ne pas être provocant, établir le contact verbal, être concis, identifier les désirs et les sentiments, écouter attentivement ce que le patient dit, être d'accord ou être d'accord de ne pas être d'accord, rappel des lois et poser des limites claires, offrir le choix et l'optimisme, débriefing le patient et l'équipe (2011).</p> <p>Parmi les interventions les mieux documentées pour faire face au comportement agressif, il y a des programmes d'apprentissage social, programme positif, renforcement différencié d'autres comportements, entraînement des compétences sociales et l'exclusion du renforcement (Lieberman, 2011).</p> <p>Une étape cruciale pour la réduction du recours aux mesures restrictives est une revue clinique rapide et détaillée des événements de restrictions et de donner un feed-back à l'équipe (Donnat, 2003).</p> <p>Il y a une peur autour de la diminution de l'utilisation de l'isolement avec une appréhension d'une augmentation de la violence, des durées de séjours augmentées, une augmentation de l'utilisation de la « contention chimique » et une augmentation de temps d'observation des patients pour l'équipe. Tel n'a pas été le constat dans une étude ayant pu grandement diminuer l'utilisation de la contention (Sullivan, 2005).</p> <p>Une étude de Kontio et al. se rapportant à une formation en ligne sur les implications de la contention a permis de mettre en évidence que le nombre d'épisodes de recours aux mesures restrictives n'a pas diminué avec cet enseignement, mais que la durée médiane de l'épisode a diminué de 9 fois (soit de 36 heures à 4 heures)(2014). Aussi, les auteurs mettent ce résultat en parallèle avec le séminaire suivi par les infirmiers du Centre en novembre 2008 qui est suivi par le taux le plus bas d'épisodes restrictifs dans les unités du même Centre en 2009.</p>
---	---

3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?

Il est central pour gérer l'agressivité ou l'agression d'identifier les causes et/ou déclencheur de celles-ci. Pour cela, il faut retracer méticuleusement et profondément l'histoire de l'événement. Parmi les éléments récurrents qui expliquent ces comportements : endroits bondés, désaccord sur l'hospitalisation ou le plan de traitement, altercations, agression par un autre patient, l'exposition à la famille et conflit au sujet des ressources de l'unité (nourriture, TV, loisirs). Comme on sait que la plupart des agressions arrivent la première semaine d'admission, il convient d'être particulièrement vigilant à cette période. Il paraît pertinent, lorsque le patient est agressif, d'identifier le déclencheur, mais aussi de maintenir la communication avec lui. En outre, chaque épisode d'agitation ou d'agressivité devrait être considéré comme un échec de traitement motivant ainsi les équipes à réviser le plan de traitement. S'occuper de l'aspect sensoriel des patients, faire diversion de l'agitation au moyen d'apprentissage procédural cognitif peut être très efficace, mais cela nécessite de connaître ces techniques et avoir le temps de travailler cela avec le BDS. La plupart des événements amenant à l'agression sont déclenchés par un conflit entre le patient et l'équipe (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002), ainsi débriefing et connaître les deux perceptions de l'événement permettrait donc, au travers de celui-ci, de mettre en évidence l'échec dans la communication et ainsi l'éviter à l'avenir. Dans la conclusion, les auteurs suggèrent d'approfondir les résultats de cette étude afin d'identifier ce qui rend ces facteurs significatifs dans les épisodes de contrainte. Les auteurs proposent de catégoriser l'agitation en 3 groupes : psychopathologique (en lien avec la psychose notamment), psychosociale et environnementale. De cette manière, les interventions qu'ils proposent sont ciblées et adaptées au contexte.

La désescalade verbale est une technique importante qui aide le patient à s'engager dans son propre plan de soins. Un entraînement régulier du personnel sur le management de l'agitation peut être pertinent, comme la simulation. Une des clés pour réduire l'utilisation des mesures de contention est l'innovation. L'équipe de soin devrait régulièrement évaluer, mettre à jour et appliquer des mesures pour diminuer l'agitation des patients. Un niveau d'implication élevé de tout le personnel est nécessaire pour gérer un programme de crise « sans contention ».

Si épisode de recours aux mesures restrictives il y a, un débriefing séparé pour le patient et pour l'équipe devrait être mené. Le débriefing peut être thérapeutique et peut aider le patient à dépasser son sentiment d'injustice et de détresse. Les auteurs détaillent ainsi les objectifs et la manière de procéder pour faire un débriefing avec l'équipe ainsi qu'avec le patient et potentiellement sa famille. Le débriefing a également pour rôle d'améliorer les pratiques futures et d'éviter au maximum le recours aux mesures coercitives.

Malgré le risque entourant les pratiques de contention, il n'y a pas d'étude randomisée contrôlée permettant de comparer des méthodes alternatives de réduction de la violence, ce qui serait nécessaire afin d'identifier les meilleures pratiques et comment les implémenter.

<p>Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Réduire l'agressivité permettrait de réduire l'isolement.</p> <p>Un plan de traitement individualisé qui permettrait de prévenir ou réduire la sévérité d'un épisode agressif est le moyen le plus réaliste pour diminuer l'utilisation des contentions. Un tel plan se baserait sur les besoins physiologique, psychosocial, comportemental et environnemental du patient. Ensuite, ce plan devrait être réadapté après chaque épisode d'agressivité afin de voir ce qui aurait pu être évité ou fait différemment. Comme on sait qu'un changement soudain dans l'environnement peut mener à l'agressivité, il faudrait annoncer les changements d'activités prévues pour le jour dans un endroit adapté. Les auteurs proposent de mettre en avant les patterns d'agressivité des patients dans le dossier, afin d'avoir pour étape suivante d'identifier les techniques d'apaisement qui ont fonctionnées. En cas de nouvelle admission, si l'équipe considère que le patient pourrait s'agiter, l'équipe devrait avoir une discussion sur le statut mental du BDS, les situations dans lesquels il pourrait être violent ainsi que comment gérer ces situations si cela se produit ; cela pourrait également être discuté avec le patient lui-même durant l'admission si possible. Si le patient est connu, il serait bien de réviser les interventions qui avaient permis d'éviter le recours aux mesures restrictives.</p> <p>Les auteurs proposent finalement un algorithme décisionnel à utiliser lorsque le patient commence à s'agiter. Cet outil préconise des techniques visant l'apaisement des tensions au moyen de divers techniques (désescalade verbale, diversion, techniques d'apaisement mentionnées par le patient à l'admission, méthodes personnalisées en fonction des préférences et des activités du patient) et finalement le recours ou non aux mesures de contention.</p> <p>Pour les patients pour lesquels une mesure restrictive semble inévitable, il est préconisé de d'abord tenter une mesure moins restrictive d'abord puis poursuivre crescendo.</p>
<p>4. Limites de la présente étude</p>	
<p>Quelles sont les limites/biais de l'étude ?</p>	<p>Malgré le fait que la plupart du temps des redirections verbales ou une médication ont été administrées avant l'épisode de contention, il faut avoir en tête le fait que les auteurs n'ont pas de donnée sur les épisodes précédés d'une telle intervention qui n'ont ensuite pas nécessité le recours aux mesures restrictives.</p> <p>En outre, il n'y a que peu de données sur le timing de l'administration de médicament, soit si elle a été effectuée bien avant l'épisode afin d'avoir l'effet désiré, ou non.</p> <p>Les auteurs relèvent qu'ils n'ont pas tenu compte des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée du séjour - Diagnostic de chaque patient - Admission volontaire ou non - Ethnie du patient - Antécédent d'abus de substance - Disponibilité du personnel, comme le nombre d'infirmiers ou de travailleurs en santé mentale par patient <p>En plus, sur les ordonnances de contention, la médication donnée n'était pas toujours spécifiée. En outre, il y a une possibilité de sous-déclaration des réorientations verbales et de la médication orale.</p>

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>La recherche a pu mettre en avant les facteurs multidimensionnels qui influencent le recours à l'isolement.</p> <p>Ils commencent par mentionner le fait que malgré la volonté tentante d'abolir totalement l'utilisation de mesures de contrainte, la réalité est qu'ils en sont encore loin. Ils estiment que le mieux qu'ils puissent faire est de diminuer le nombre d'incidents liés à l'utilisation de telles mesures.</p> <p>La réduction de l'utilisation de ces mesures est liée à la délicate relation entre le patient et l'équipe.</p>
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Le genre du patient est un facteur important d'influence avec des hommes nécessitant plus le recours aux mesures restrictives, tout comme le moment de la journée avec plus de mesures mises en place le soir que le matin.</p>

Article 3

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Relationship between aggression, interpersonal style, and therapeutic alliance during short-term psychiatric hospitalization
Thèmes abordés	La relation entre l'agression, le style interpersonnel et l'alliance thérapeutique pendant une hospitalisation en psychiatrie de courte durée.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Il s'agit des patients hospitalisés dans des services de psychiatrie aiguë. Question qui peut être soulevée : existe-t-il une relation entre l'agression, le style interpersonnel et l'alliance thérapeutique pendant une hospitalisation en psychiatrie de courte durée ?
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Amy Cookson, Michael Daffern, Fiona Foley
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Amy Cookson : école de psychologie et de psychiatrie, Université de Monash Michael Daffern : école de psychologie et de psychiatrie, Université de Monash ; Institut victorien de santé mentale médico-légale Fiona Foley : école de psychologie et de psychiatrie, Université de Monash ; Centre de recherche en psychiatrie Alfred,
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Aggression, interpersonal style, therapeutic alliance
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Objectifs : Examiner la relation entre le style interpersonnel, la perception de la coercition et les symptômes psychiatriques sur l'alliance thérapeutique entre les patients et l'équipe. Méthodologie : Chaque participant a été interviewé pour déterminer la coercition perçue, les symptômes de leur maladie, leur style interpersonnel et l'alliance thérapeutique. Les incidents d'agression ont été enregistrés à leur sortie d'hôpital par le biais d'un formulaire d'incident, un examen du dossier de soins et une interview avec l'équipe. Résultats : Un style interpersonnel hostile dominant et les symptômes paranoïaques prédisent une mauvaise alliance thérapeutique, ce qui contribue à 14 % à la variance du score de l'alliance thérapeutique. Un style interpersonnel dominant prédit de l'agression envers l'équipe. L'alliance thérapeutique, la perception de la coercition et des symptômes de la maladie psychiatrique ne prédisent pas l'agression.

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui. La problématique de l'agressivité dans les unités de psychiatrie a été le focus de nombreuses études. (p. ex. Morrison, 1992 ; Wells & Bowers, 2002) La plupart de ces études ont tenté d'élucider les caractéristiques individuelles qui sont associées à un comportement agressif. Plus récemment, une recherche sur l'agressivité des patients a tenté d'examiner l'interaction entre les caractéristiques des patients et les facteurs environnementaux qui incluent notamment le règlement de l'hôpital ainsi que les caractéristiques et les comportements de l'équipe (Daffern et al., 2007). L'agressivité est le résultat d'interactions complexes entre les facteurs individuels et situationnels (Anderson & Bushman, 2002). Les patients hospitalisés en psychiatrie font souvent l'expérience de la contrainte dans le processus d'admission à l'hôpital et cela a un effet négatif sur le processus de traitement. (Whittington & Baskind, 2006), l'alliance thérapeutique et également la probabilité d'un comportement agressif. Meissner (2007) affirme que la contrainte est contre thérapeutique. Pulido et al. (2008) font sortir l'idée que les sentiments négatifs avant le traitement prédisaient une mauvaise alliance thérapeutique pour les patients psychiatriques.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	De nombreuses études ont trouvé que les caractéristiques du style interpersonnel des patients, spécifiquement le style hostile, hostile-dominant et/ou un style interpersonnel dominant prédit l'agressivité dans les hôpitaux psychiatriques (Daffern et al. 2010 ; Daffern et al. In press ; Doyle & Dolan, 2006 ; Logan & Blackburn, 2003). Une étude récente de Daffern (2010) a montré que le style interpersonnel hostile dominant était plus prédictif de l'agressivité que les symptômes psychiatriques des patients, le sexe, l'âge et la contrainte perçue. Par rapport à l'alliance thérapeutique, c'est un des facteurs les plus importants de la relation thérapeutique (Auerbach et al. 2008). De plus, c'est un facteur prédictif du résultat du traitement chez les patients dépressifs (Krupnick et al. 1996), les troubles psychosomatiques (Hartocollis 2002) et la psychothérapie en général (Safran & Muran, 2000). À l'inverse, une mauvaise alliance thérapeutique est associée à de l'agressivité pendant l'hospitalisation (Beauford et al., 1997 ; Wallner-Samstag et al., 1992). L'impact du style interpersonnel sur le développement et le maintien d'une alliance thérapeutique doit maintenant être évalué.
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Pas de plan présenté, mais en parcourant l'article des titres permettent d'avoir une idée claire du plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Objectifs : Premièrement, déterminer si les symptômes psychiatriques, la coercition perçue et le style interpersonnel prédisaient l'alliance thérapeutique avec le personnel infirmier pendant une hospitalisation de courte durée. Deuxièmement, déterminer si le style interpersonnel, l'alliance thérapeutique, les symptômes psychiatriques et la coercition perçue prédisaient l'agression pendant une hospitalisation en psychiatrie de courte durée.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	La plupart des études au sujet de l'alliance thérapeutique évaluent l'alliance établie entre un patient et un seul et unique thérapeute. Dans une de ces études, ils analysent la relation entre l'alliance thérapeutique et l'agressivité dans les hôpitaux psychiatriques (Beauford et al., 1997), l'alliance thérapeutique était évaluée avec un seul médecin. Mais il est évident que ce sont les infirmières qui sont le plus à risque de subir de l'agressivité, car elles passent plus de temps avec les patients. Seules quelques études ont démontré un lien entre le style interpersonnel et l'alliance thérapeutique dans le milieu ambulatoire (Auerbach et al. 2008 ; Muran et al., 1994)
--	--

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	Variable dépendante : l'alliance thérapeutique, la coercition perçue, le style interpersonnel et l'agressivité Des variables de contrôle démographiques comme l'âge et le sexe.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les auteurs ne définissent pas précisément les variables, mais font plusieurs liens entre les variables dépendantes de telle sorte qu'une variable indépendante ne peut pas être précisément identifiée. Des définitions complètes sur l'alliance thérapeutique, le style interpersonnel et la coercition perçue sont précisées.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Déterminer si les symptômes psychiatriques, la coercition perçue et le style interpersonnel prédisaient l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante pendant une courte hospitalisation en psychiatrie. Et de définir si le style interpersonnel, l'alliance thérapeutique, les symptômes psychiatriques et la coercition perçue prédisaient l'agressivité au cours d'une courte hospitalisation en psychiatrie. Pas de question de recherche exprimée.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui, les variables dépendantes sont catégorisées avec des questionnaires qui sont déterminés.

Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Dans les recherches menées précédemment, il a été prédit qu'un style interpersonnel hostile dominant, une mauvaise alliance thérapeutique, les symptômes de paranoïa et la coercition perçue pourraient prédire l'agressivité, et donc un style interpersonnel hostile dominant, les symptômes de paranoïa et l'agressivité perçue pourraient prédire une mauvaise alliance thérapeutique.
--	--

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	Le devis n'est pas mentionné dans l'étude, voire ci-dessous
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs ne précisent pas le devis, toutefois au vu de la méthodologie et des résultats présentés, il est possible de supposer que cette étude est de nature mixte. Il s'agit en partie d'une recherche rétrospective (analyse du dossier de soins après l'hospitalisation) avec des données quantitatives (questionnaire des patients) et c'est en partie qualitatif (propos de l'infirmière). Un devis mixte de nature séquentiel explicatif est donc présumé. (QUAN -> qual.)
De quelle façon les règles éthiques sont — elles respectées ?	L'approbation pour mener cette recherche a été accordée par le Monash University Human Research Ethics Committee.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Aucune précision n'est donnée.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les chercheurs ont effectué des entretiens semi-structurés avec les patients au début de leur hospitalisation. Une fois que le patient avait quitté l'hôpital, l'infirmière référente était interrogée sur tout comportement agressif manifesté par le patient lors de son hospitalisation. De plus, les notes des dossiers de soins ont également été consultées afin de mieux identifier le comportement agressif.

3. Sélection des participants ou objets d'étude

Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Il s'agit des patients hospitalisés dans le service de psychiatrie aigüe de l'Alfred Hospital à Melbourne, en Australie, entre le 1 ^{er} mars 2010 et le 27 juillet 2010.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Les patients étant jugés aptes, par le personnel soignant, à donner un consentement éclairé ont été approchés par un assistant de recherche entre le troisième et le dixième jour après leur admission. Le but et la nature de l'étude leur ont été présentés et les patients qui étaient d'accord de participer ont signé un formulaire de consentement.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont — ils ?	Seuls les patients jugés aptes à donner leur consentement éclairé par le personnel soignant ont été acceptés

Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non aucune répartition en groupe n'est effectuée.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Ils ont fait un échantillonnage de convenance, en prenant les patients de leur lieu de travail.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Pas de justification de la taille de l'échantillon.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Oui, chaque instrument de mesure est clairement explicité, la plupart des instruments de mesure ont une validité qui est démontrée.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Concrètement, les patients ont eu un entretien semi-structuré avec un assistant de recherche qui leur a fait remplir différents questionnaires (MAES : SF, BPRS-18, WAI-S). À la suite de cet entretien, le IMI-C a été scoré. Quand le patient est sorti de l'hôpital, l'infirmière référente de chaque patient est interrogée sur les quelconques comportements agressifs manifestés par le patient lors de son hospitalisation. Pour finir, les notes des dossiers de soins ont été consultées afin de mieux identifier les comportements agressifs.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont — elles ?	Oui, une cotation est donnée pour certains outils. Overt Aggression Scale (OAS) est une mesure largement utilisée pour évaluer l'agressivité des patients hospitalisés, cette échelle a une fiabilité et une validité documentée (Silver & Yudofsky, 1991). The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) a une forte cohérence interne avec des coefficients de médiane allant de 0,69 à 0,85 (Kiesler & Schmidt, 2006) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-18) a été utilisé dans de nombreuses études, c'est un outil fiable et valide de l'évaluation des symptômes psychiatriques (Krakowski et al., 1986 ; Yesavage, 1983)
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui, à travers les questionnaires et les définitions.

5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>OAS est une échelle qui classe les comportements agressifs selon leur type. Cinq types d'agression sont évalués : agression verbale envers l'équipe, agressions verbales contre d'autres patients, agression physique contre l'équipe, agression physique contre les autres patients et agression physique contre un objet. Cette étude a utilisé deux sources de données pour remplir ce questionnaire : une revue des formulaires d'incidents ainsi que du dossier du soin a été effectuée. De plus, ils ont également réalisé un entretien avec l'infirmière principale de chaque patient après sa sortie de l'hôpital.</p> <p>IMI-C est un inventaire évalué par des observateurs qui permettent de mesurer le style interpersonnel. L'échelle de Four-point Likert a été utilisée pour évaluer dans quelle mesure chacun des 56 items décrit précisément l'impact qu'un individu produit sur l'autre pendant une interaction. Les items de l'IMI-C sont regroupés dans l'un des huit styles interpersonnels : dominant, hostile dominant, hostile, hostile soumis, soumis, amical et amical-dominant. Ce score a été effectué après l'entretien entre le chercheur et le patient.</p> <p>WAI-S : est un questionnaire de 12 items qui est constitué de trois sous-échelles à quatre items qui permettent d'évaluer les objectifs de la tâche et les liens, en plus d'un score d'alliance total. Il évalue l'alliance de travail entre le patient et son thérapeute en mesurant les perceptions de la négociation des tâches et buts ainsi que la force des liens émotionnels au sein de la relation thérapeutique. Ce questionnaire a été rempli lors de l'entretien avec le patient.</p> <p>MAES : SF comprend un entretien concernant les perceptions du patient sur la coercition et son admission. Cet entretien se compose de 16 questions, chacune avec des propositions de réponse (vrai, faux, ne sait pas). Dans cette étude, ils ont uniquement utilisé les scores de MacArthur Perceveid Coercicion Scale (MPCS) (sous-échelle), celle-ci contient cinq items qui évaluent la perception individuelle, le contrôle, les choix, la liberté et la volonté.</p> <p>BPRS-18 est un entretien semi-structuré composé de 18 items qui est utilisé pour aider à l'évaluation des effets positifs, négatifs et les symptômes des troubles psychotiques. Les items des échelles sont les suivants : troubles paranoïaques (hostilité, méfiance, manque de coopération), les troubles de la pensée (contenu inhabituel des pensées, désorganisation conceptuelle, comportement hallucinatoire), retrait/retard (retrait émotionnel, affect émoussé, retard moteur) et anxiété/dépression (anxiété, sentiment de culpabilité, humeur dépressive). Ce questionnaire a été complété lors de l'entretien entre le patient et le chercheur.</p>
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Les différents questionnaires ont été remplis lors de l'entretien avec le patient. Pour compléter les données des fiches d'incidents et des dossiers de soins, des entretiens avec les infirmières responsables de chaque patient ont été menés.

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests,...)	Toutes les données ont été analysées en utilisant « Statistical Package for the Social Sciences version 18.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Ils ont utilisé des descriptions statistiques et des tests d'association pour les hypothèses. Une série de t-test et de X^2 ont été conduits pour comparer les participants qui ont et n'ont pas été agressifs envers le personnel. Une analyse de régression logistique a été fait pour compléter et déterminer la prédiction de l'agressivité envers le personnel soignant, en contrôlant le statut d'admission au moment de l'entretien. Une série de tests-t a été effectuée pour évaluer la relation entre l'alliance thérapeutique, le sexe et le statut d'admission. Des corrélations de PEARSON ont été faites pour vérifier l'association entre l'alliance thérapeutique et la variable indépendante. Pour identifier les facteurs de prédiction de l'alliance thérapeutique, des analyses de régression multiples ont été conduites.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Oui, chaque analyse est décrite avec l'objectif pour lequel elle est utilisée.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	79 participants, 43 hommes et 36 femmes ont été inclus dans l'étude. Les participants sont âgés de 24 à 64 ans avec une moyenne de 40,82 (SD=10.42). Les patients sont restés hospitalisés entre 4 et 85 jours avec une moyenne de 19,62 jours (SD=14.44), de plus la majorité a été hospitalisée de manière involontaire (68,4 %)
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, la plupart des participants étaient agressifs (75,9 %). Plus de la moitié étaient agressifs contre l'équipe (64,6 %) et la plupart des agressions étaient verbales (63,3 %) plutôt que physique (22,8 %). La plupart des participants étaient agressifs envers les autres patients (59,5 %) et la plupart des agressions envers les autres patients étaient verbales (38 %) plutôt que physique (21,5 %). Un peu moins de la moitié des participants étaient agressifs envers les objets (48,1 %).
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Non, aucune précision n'est donnée sur la période de collecte de données.

2. Description des résultats

<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?</p>	<p>Les résultats montrent que les patients qui étaient agressifs envers le personnel soignant avaient un score significativement haut avec le questionnaire IMI, qui évalue le style interpersonnel, le style dominant était hostile ($p=0.001$).</p> <p>Le score total du questionnaire WAI a été négativement significatif en corrélation avec IMI (style hostile dominant), le BPRS-18 : trouble paranoïde et le BPRS-18 total et positivement significatif en corrélation avec MPCPS (coercition perçue) et IMI (amical-soumis) un t-test a été utilisé pour étudier la relation entre l'alliance thérapeutique, le sexe et le statut volontaire. Les patients qui étaient admis involontairement avaient un score de WAI significativement haut ($p= 0,01$). Un effet significatif a été trouvé pour le score total WAI ($p=0.004$) avec des résultats qui suggèrent que 14 % de la variance de la WAI : le score total était due à l'IMI (style interpersonnel hostile dominant) et BPRS-18 : score de paranoïa.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Des analyses complémentaires ont été conduites afin d'évaluer la différence entre les participants qui ont été et n'ont pas été agressifs contre l'équipe pour l'âge, le sexe et le statut d'admission (volontaire, involontaire). La plupart des hommes (47,44 %) et des femmes (61,11 %) ont été agressifs envers l'équipe. Un test X^2 a révélé que le sexe ne prédit pas l'agressivité ($p=0.56$). L'âge ne prédit pas l'agressivité ($p=0.16$). Le sexe n'est pas non plus en lien avec le score total WAI ($P=0.71$).</p>

3. Article portant sur une étude qualitative

3.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	La question soulève les relations possibles entre les événements d'agression, le style interpersonnel et l'alliance thérapeutique durant les hospitalisations en psychiatrie.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis n'est pas mentionné dans l'étude, voire ci-dessous
Le devis est-il bien détaillé ?	Les auteurs ne précisent pas le devis, toutefois au vu de la méthodologie et des résultats présentés, il est possible de supposer que cette étude est de nature mixte. Il s'agit en partie d'une recherche rétrospective (analyse du dossier de soins après l'hospitalisation) avec des données quantitatives (questionnaire des patients) et c'est en partie qualitatif (propos de l'infirmière). Un devis mixte de nature séquentiel explicatif est donc présumé. (QUAN -> qual.)
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	La composante qualitative est nécessaire pour mettre en lien les relations entre les différents objets d'étude.
Précision du rôle du chercheur	Les chercheurs ont effectué les entretiens semi-structurés avec les patients et les infirmières. Ils n'ont pas eu d'influence supplémentaire.
De quelle façon les règles éthiques sont — elles respectées ?	L'approbation pour mener cette recherche a été accordée par le Monash University Human Research Ethics Committee.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Ce sont des entretiens semi-structurés, un avec le patient et un autre avec son infirmière référente.
Comment se déroule la collecte des données ?	Au début de l'hospitalisation du patient, un entretien est mené avec lui afin d'identifier le style interpersonnel, la coercition perçue et son potentiel agressif. À la sortie du patient, l'infirmière a été interviewée sur les éventuels comportements agressifs du BDS.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t — il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Seuls les patients jugés aptes à donner leur consentement éclairé par le personnel soignant ont été acceptés.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	Ce sont des entretiens semi-structurés réalisés grâce à des questionnaires qui sont plus précisément détaillés ci-dessus.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	Un entretien unique avec le patient et un entretien unique avec l'infirmière. (voire ci-dessus)
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Ils ont scorés les données au moyen de questionnaires
Qui procède à l'analyse ?	Cela n'est pas précisé, mais probablement les auteurs de l'étude.
Quel est le logiciel utilisé ?	Toutes les données ont été analysées en utilisant « Statistical Package for the Social Sciences version 18.0 » (SPSS, Chicago, IL, USA).
Comment se fait la validation des données? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données? Si oui lesquelles?	Il n'y a pas de précisions sur cet aspect.

3.2 Résultats

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Il n'y a pas de structure identifiable dans la partie narrative des résultats, toutefois un résumé est présenté dans un tableau.
Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)	Une alliance thérapeutique faible est associée à un style interpersonnel hostile dominant et des troubles paranoïaques. L'agression envers le personnel peut être mise en lien avec un style dominant. Les événements d'agression ne peuvent pas être définis au moyen de l'alliance thérapeutique, de la coercition perçue et des symptômes psychiatriques.

4. Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui. Les résultats de cette recherche révèlent l'importance du style interpersonnel dans l'étude de l'alliance thérapeutique. Les participants ayant un style interpersonnel à prédominance hostile dominant et un haut niveau de troubles paranoïde ont reporté une bonne alliance thérapeutique avec l'équipe. Un résultat un peu contre-intuitif a montré que la coercition perçue prédisait une alliance thérapeutique plus forte, tout comme le statut de placement involontaire.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Le but de l'étude était d'identifier les caractéristiques des patients qui pourraient prédire l'agressivité et l'alliance thérapeutique dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. L'hypothèse de départ était qu'une mauvaise alliance thérapeutique prédisait de l'agressivité envers le personnel soignant n'a pas été soutenue.

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Même si l'échelle combinée hostile dominant n'a pas permis de prédire l'agressivité dans cette étude, le constat que les styles interpersonnels hostile et dominant prédisaient l'agressivité est globalement en cohérence avec d'autres études (Daffern et al., 2010 ; Doyle & Dolan, 2006 ; Logan & Blackburn, 2003 ; Morrison, 1992). Les résultats de cette étude-ci suggèrent que les mesures du style interpersonnel pourraient être incluses dans la procédure d'évaluation du risque agressif à l'admission. De plus, ils soutiennent l'inclusion de méthodes visant à réduire l'agressivité dans les services de psychiatrie (Daffern et al., 2010). Les résultats qui mettent en évidence qu'un style interpersonnel hostile dominant prédisait une mauvaise alliance thérapeutique sont en accord avec une recherche antérieure (Muran et al., 1994). De plus, ces résultats sont également en cohérence avec d'autres études, qui ont trouvé qu'un style interpersonnel hostile (Auerbach et al., 2008 ; Kokotovic & Tracey, 1990) et un manque de complémentarité (Auerbach et al., 2008 ; Kiesler & Watkins, 1989) prédisent une mauvaise alliance thérapeutique en milieu ambulatoire.</p> <p>Dans cette étude, la paranoïa a également eu un impact négatif sur l'alliance thérapeutique. Bien que les symptômes de paranoïa sont plus fortement corrélés avec un style hostile dominant (Daffern et al., 2010), le style interpersonnel est relativement stable dans le temps et n'est pas juste une conséquence du trouble paranoïaque (Podubinski et al., 2010)</p>
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Les futures études devraient mesurer les styles interpersonnels des patients, mais aussi des soignants dans le but d'évaluer la relation entre l'agressivité et la complémentarité des styles interpersonnels équipe-patient.</p> <p>Des recherches antérieures devraient examiner des méthodes plus appropriées pour mesurer l'alliance thérapeutique en milieu hospitalier. Parmi les autres mesures qui devraient être étudiées, il y aurait l'Inpatient Treatment Alliance Scale (Blais, 2014) qui a été spécifiquement développé pour les patients hospitalisés (Young et al., 2003). L'importance relative du style interpersonnel et de la paranoïa doit être évaluée conjointement avec d'autres variables afin d'identifier les variables individuelles et environnementales qui ont un impact sur l'alliance thérapeutique.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	<p>Les résultats montrent que le style interpersonnel mériterait un examen approfondi, et donc la mesure du style interpersonnel pourrait être utile pour identifier les patients qui ont des difficultés à former une alliance thérapeutique. La théorie interpersonnelle pourrait fournir une base théorique utile pour les infirmiers qui tentent de comprendre pourquoi les patients qui ont un style interpersonnel plutôt hostile dominant, comme ceux atteints de troubles de la personnalité antisociale et de psychopathie (Blackburn, 1998), refusent souvent tous les traitements.</p> <p>Les patients qui présentent des symptômes paranoïaques qui ont un style interpersonnel hostile dominant, l'équipe soignante devrait pouvoir trouver que l'alliance thérapeutique est difficile à construire à long terme. Par contre, pour le même type de patient, mais qui n'a pas ce style interpersonnel alors l'alliance thérapeutique sera plus facile à mettre en place.</p> <p>Dans la pratique des soins infirmiers, il est important de prendre en compte un large éventail de caractéristiques environnementales et individuelles des infirmiers et des patients, y compris leur style interpersonnel, lorsque nous tentons d'améliorer la relation thérapeutique.</p>

4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	La limite principale est la mesure de l'alliance thérapeutique. Le questionnaire utilisé (WAI) a quelques limitations. En effet, certains patients ont eu des difficultés à répondre à certaines questions et certaines questions concernant l'appréciation du personnel portaient à confusion. Même si le style interpersonnel hostile dominant et la paranoïa prédisent l'alliance thérapeutique, ces deux variables n'expliquent qu'une petite partie de la variance.
---	--

5. Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude a testé l'importance du style interpersonnel, des symptômes psychiatriques et de la coercition perçue sur l'alliance thérapeutique et l'agressivité envers le personnel pendant une hospitalisation de courte durée en psychiatrie. Ces résultats plaident en faveur d'une étude plus précise et de l'utilisation de mesures du style interpersonnel dans l'évaluation des risques, la planification du traitement et le traitement des patients admis pour un traitement psychiatrique en milieu hospitalier. Cette étude a donc contribué à une accumulation de preuves suggérant que le style interpersonnel est un concept important et potentiellement unificateur qui mérite des recherches futures et une application clinique (Daffern et al., 2010). Les études futures devraient notamment analyser la complémentarité des styles interpersonnels entre le personnel et les patients.
---	---

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les résultats démontrent qu'un style interpersonnel dominant prédit l'agressivité envers le personnel et qu'un style interpersonnel hostile dominant ainsi que des symptômes de paranoïa prédisent une mauvaise alliance thérapeutique.
--	---

Article 4

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Impact of eLearning course on nurses' professional competence in seclusion and restraint practices : a randomized controlled study.
Thèmes abordés	L'impact d'un cours en ligne sur les compétences des infirmières en lien avec les isolements et la contention
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population est clairement définie, il s'agit des infirmières.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	R. Kontio, M. Lahti, A. Pitkänen, G. Joffe, H. Putkonen, H. Hätönen, J. Katajisto, M. Välimäki
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	R. Kontio : département des sciences infirmières, université de Turku, Turku et hôpital du district d'Helsinki et Uusimaa, Hôpital régional d'Hyvinkää, Hôpital de Kellokoski, Tuusula M. Lahti : département des sciences infirmières, université de Turku, Turku A. Pitkänen : Université de Turku, Turku et département de psychiatrie, Hôpital universitaire de Tampere, Nokia G. Joffe : hôpital du district d'Helsinki et Uusimaa, Centre hospitalier universitaire d'Helsinki, Helsinki H. Putkonen : hôpital de Vanha Vaasa, institut national de santé et de bien-être de Vaasa, Helsinki H. Hätönen : municipalité d'Imatra, Département des sciences infirmières Imatra, Université de Turku, Turku. J. Katajisto : département des statistiques, faculté de sciences sociales, Université de Turku, Turku. M. Välimäki : université de Turku, hôpital de Turku et du district du sud-ouest de la Finlande, Turku, Finlande
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Aggression, eLearning, nursing education, quantitative methodology, seclusion and restraint

4. Résumé

<p>Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats</p>	<p>Objectif : explorer l'impact d'un cours d'apprentissage en ligne (ePsychNurse.Net), sur la compétence professionnelle des infirmiers en psychiatrie en matière d'isolement et de contention ainsi que sur leur satisfaction au travail et leur auto-efficacité générale.</p> <p>Méthodologie : 12 services ont été assignés de manière aléatoire à ePsychNurse.Net (groupe intervention) ou à l'enseignement habituel (groupe contrôle), les données de base ont été recueillies au début de l'étude et après 3 mois, celles-ci concernaient : la législation en matière de contrainte et de contention physique, l'isolement, leur attitude face à la contrainte, la satisfaction au travail et l'auto-efficacité générale ont été analysées pour 158 participants.</p> <p>Résultats : La connaissance de la législation relative à la coercition s'est améliorée dans le groupe d'intervention, alors que la connaissance de la contrainte physique s'est améliorée et la connaissance de l'isolement est restée inchangée dans les deux groupes. L'auto-efficacité générale s'est améliorée dans le groupe d'intervention ainsi que l'attitude envers l'isolement dans le groupe contrôle. Si les deux groupes sont comparés, les attitudes à l'égard de l'isolement favorisaient le groupe contrôle. Bien que cette méthode d'apprentissage n'ait démontré que de légers avantages par rapport à l'apprentissage conventionnel, il pourrait valoir la peine de développer davantage l'ePsychNurse.Net avec, par exemple, un horaire flexible et un contenu individualisé.</p>
---	--

1.2 Introduction

1. Pertinence

<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Oui. L'éducation aux soins des patients agressifs et perturbés est fragmentée. La méthode d'eLearning pourrait améliorer la qualité de cette éducation, mais les données de l'impact sur les compétences professionnelles en psychiatrie sont manquantes. Les compétences des infirmières sont un challenge majeur en psychiatrie (World Health Organization, 2005).</p>
---	---

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Une diminution de l'utilisation des mesures de contraintes a été demandée par les autorités de plusieurs pays, par exemple la Finlande (Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2009 ; Keski-Valkama, 2010). Les fausses représentations des infirmières en matière de mesures de contraintes et les mythes concernant les mesures de contraintes peuvent être déterminants dans leur comportement (Suen et al., 2006). La formation continue des professionnels est un besoin urgent (Robertson et al., 2003). L'enseignement dispensé par Internet est une méthode prometteuse pour favoriser la formation professionnelle continue dans le domaine de la santé (Wutoh et al., 2004). L'eLearning permet d'utiliser plusieurs techniques d'apprentissage (Cobb, 2004) et d'adapter l'apprentissage en ligne peut accroître l'auto-efficacité des étudiants (Docherty et al., 2005) et leur satisfaction à l'égard de l'éducation (Cook et al., 2008), en les aidant notamment à acquérir des connaissances, des compétences et des attitudes améliorées plus rapidement qu'avec les méthodes traditionnelles dirigées par un instructeur (Cook et al., 2008). De plus, l'apprentissage en ligne peut permettre de faire des économies grâce à la réduction du temps de formation des instructeurs, des frais de déplacement et de la main-d'œuvre, à l'atténuation de l'infrastructure institutionnelle et à la facilité d'extension des programmes éducatifs (Ward et al. 2008),
---	--

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de plan précisé dans l'introduction, mais en parcourant l'article nous constatons que les titres sont clairs et disposés dans un ordre logique.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Objectif : explorer l'impact de la formation en ligne sur les compétences infirmières en matière d'isolement et de contraintes ainsi que leur satisfaction au travail et leur auto-efficacité générale.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non pas de modèle théorique utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Des inquiétudes persistent quant à l'utilité de la formation continue dans les services de santé (Robertson et al., 2003). La formation professionnelle continue a rarement été intégrée dans la gestion stratégique des organisations. De plus, les besoins individuels des employés peuvent ne pas être suffisamment pris en compte (Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2004). Troisièmement, les méthodes d'apprentissage peuvent être insuffisamment prises en compte (Forsethund et al., 2009). Quatrièmement, un financement insuffisant ou une pénurie de professionnels adjoints qualifiés peuvent empêcher le personnel de participer aux programmes éducatifs (Pentz et al., 2007). Le contenu des formations en ligne est fragmentaire (Välimäki et al., 2008).
--	--

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	Variable indépendante : efficacité de la formation en ligne ePsychNurse.Net Variable dépendante : les connaissances en matière d'isolement, de contrainte et de coercition ; la satisfaction au travail ; l'auto-efficacité variable de contrôle sociodémographique pour les participants infirmiers.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables dépendantes sont bien définies, ce sont des variables qualitatives ordinales.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les objectifs de recherche sont d'explorer l'impact d'ePsychNurse.Net sur les compétences professionnelles en matière d'isolement, de contraintes et de coercition. De plus, ils souhaitent également évaluer leur satisfaction au travail et leur auto-efficacité générale.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Pour la variable dépendante, les alpha de Cronbach pour la fiabilité, le détail des scores ainsi que le scoring et le nombre d'items sont précisés.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Première hypothèse : les infirmières qui terminent les cours avec ePsychNurse.Net auront plus de connaissances sur la législation de l'isolement, des contraintes et de la coercition que les infirmières qui ont suivi un cours habituel. Deuxième hypothèse : le groupe d'intervention aura une meilleure tolérance par rapport à l'isolement et à la contrainte physique et aura une meilleure satisfaction au travail et une meilleure auto-efficacité générale par rapport au groupe contrôle.

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	RCT
Le devis est-il bien détaillé ?	Le RCT est un devis de recherche reconnu donc pas nécessairement détaillé.

De quelle façon les règles éthiques sont — elles respectées ?	Les principes de base de l'éthique de la recherche ont été suivis (Académie de Finlande 2004). Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique du district hospitalier et l'autorisation de collecter les données a été obtenue auprès de la direction de l'hôpital.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Ils expliquent qu'il y aura deux temps de mesure, la méthode de randomisation utilisée ainsi que les variables.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les informations de base ont été recueillies 2 semaines avant l'intervention et ensuite immédiatement après la fin de la formation. Le temps de réponse était de 2 semaines. Les questionnaires complétés ont été placés dans des enveloppes scellées et ont été déposés dans une boîte fermée et ensuite les chercheurs les ont récupérés.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, la population visée est clairement définie. Il s'agit des services de psychiatrie dans le sud de la Finlande, plus précisément des infirmières professionnelles.
Comment se réalise la sélection des participants ?	20 services de psychiatrie remplissaient les critères d'inclusion, après des annonces appropriées 12 services ont accepté de participer et ont donc été inscrits.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont — ils ?	Services de psychiatrie aiguë avec des portes fermées, pratiquant l'isolement et la contrainte et qui ne sont pas inclus dans une autre recherche ou un projet de développement sur l'isolement ou la contrainte. Les professionnelles intégrées dans l'étude sont les infirmières spécialisées (infirmière en santé mentale, infirmière de santé, infirmière-chef, infirmière-chef adjointe), qui ont une position permanente ou à long terme (plus de 3 mois) dans un de ces services, âgés d'au moins 18 ans, avoir suffisamment de connaissances dans la langue finlandaise et être disposée à participer à l'étude.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui répartition en groupe contrôle et groupe intervention. C'était une répartition par tirage au sort.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Ils ont tout d'abord sélectionné 3 hôpitaux qui possédaient des services de psychiatrie dans le sud de la Finlande. Les services étaient retenus s'ils possédaient un service de psychiatrie aigu avec des portes fermées, s'ils pratiquaient la contrainte, l'isolement et la coercition et s'ils n'étaient pas inclus dans une autre recherche. Ils ont ensuite présenté leur étude et 12 services ont accepté de participer à l'étude.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon a été estimée selon des calculs de puissance avec la mesure des résultats primaires des différents questionnaires, analysée avec une ANOVA à mesure répétée univariée à deux groupes. Ils en conclut qu'il devait y avoir au moins 39 participants par groupe, comme un taux d'abandon élevé était prévu en raison de la mobilité des infirmières et pour permettre la généralisation des données à un plus grand nombre d'établissements, l'échantillon comprenant 12 établissements et 229 participants (Koopmans, 1987).

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Oui, chaque instrument de mesure utilisé est précisé dans un tableau. Ils ont principalement utilisé des échelles : échelle de connaissance de la loi (Immomen, 2005), un questionnaire sur les connaissances de l'isolement (Janelli et al., 1992, version modifiée en 2007), un questionnaire sur attitudes en matière de contrainte physique (Janelli et al., 1992), un questionnaire sur les attitudes en matière d'isolement (Janelli et al. 1992, modifiée en 2007), une échelle de satisfaction au travail (Modifiée par Vartiainen en 1986, basé sur JDS, Hackman & Oldman, 1974) et une échelle de l'auto-efficacité générale (Jerusalem & Schwarzer, 1992).
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Les données de base ont été collectées 2 semaines avant que l'intervention ne commence. La deuxième mesure a eu lieu directement après l'intervention (donc 3 mois après la première récolte de données)
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont — elles ?	Oui, ils précisent l'homogénéité de certaines échelles avec un alpha de Cronbach. Seules 2 échelles ont un alpha de Cronbach inférieur à 0,7 (questionnaire sur les attitudes en matière de contrainte physique et le questionnaire sur les attitudes en matière d'isolement). Ces questionnaires n'ont donc pas une homogénéité suffisante. L'alpha de Cronbach ne peut pas être appliqué sur 2 questionnaires, car les réponses sont uniquement oui/non (questionnaire sur les connaissances en matière de contrainte physique et le questionnaire en matière d'isolement.)
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui, voire ci-dessus.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	ePsychNurse.Net est l'intervention, c'est un cours en ligne qui dispense des enseignements sur l'analyse du système de santé, sur l'éducation des infirmières, sur les normes légales, le code éthique et la restriction des patients de 6 pays (Välimäki et al., 2008).
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	La formation s'est étendue sur 3 mois pour une durée totale de 120 heures (40 heures de travail et le reste en temps libre). Les modules ont été suivis dans un ordre qui avait été prédéfini. Les infirmières ont été formées au préalable sur l'utilisation du portail. 12 tuteurs ont coordonné le cours, les supervisaient et donnaient leur avis après chaque module. Le groupe témoin a suivi une formation professionnelle continue habituelle, essentiellement fragmentaire et irrégulière comprenant différents thèmes liés aux soins psychiatriques. Il n'y a pas d'informations détaillées sur le contenu de cette formation.

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests...)	Tes du chi-carré de Pearson (variables de base catégorielles), test - T à deux échantillons (variables continues). Statistiques descriptives, chi-carré (variables catégorisées), analyse de variance (ANOVA) à sens unique (variables continues). Test post hoc (Test de Tukey ou Test de Tamhane en fonction des résultats du test d'homogénéité de la variance). Coefficients alpha de Cronbach. Coefficient d'asymétrie/dissymétrie Skewness. Tests-T appariés ANOVA à mesures répétées Êta-carré partiel
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Le but de chaque méthode d'analyse est clairement explicité.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Un tableau présente les caractéristiques de l'ensemble des participants, séparés dans le groupe contrôle et le groupe intervention. Échantillon total composé de 73 hommes (43 dans le groupe intervention et 30 dans le groupe contrôle) et de 85 femmes (52 dans le groupe intervention et 33 dans le groupe contrôle). L'âge moyen du groupe intervention est de 43 ans et pour le groupe contrôle 45 ans.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, l'âge moyen par groupe (intervention ou contrôle), les années d'expérience, leur poste de travail, s'ils ont reçu une formation continue en santé mentale ou sur la coercition ainsi que les expériences de violence sur leur lieu de travail.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Non pas de précision sur la période de collecte de données.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	Les différences dans les taux de réponse entre les groupes étaient statistiquement significatives. La connaissance de la législation relative à la coercition et l'auto-efficacité générale se sont améliorées dans le groupe d'intervention. Alors que l'attitude envers l'isolement s'est améliorée dans le groupe contrôle.

Quels sont les autres résultats importants ?	Taux d'abandon plus élevés dans le groupe contrôle. Au départ, aucune différence statistiquement significative entre les groupes dans n'importe quelles caractéristiques ou dans les scores totaux. Les comparaisons entre groupe du changement après l'intervention n'ont révélé aucune différence dans le résultat primaire. Pas de différence significative n'est apparue dans la deuxième mesure.
--	--

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il présente notamment les résultats primaires : le groupe d'intervention a montré une amélioration des connaissances en matière de coercition. Concernant les mesures secondaires : les attitudes envers les mesures de contraintes ont évolué.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Le groupe d'intervention a montré une amélioration de la connaissance de la législation en matière de coercition, ce qui répond à l'hypothèse de départ. Le renforcement de l'auto-efficacité générale perçut dans le groupe intervention, a soutenu l'hypothèse initiale et correspond à des études antérieures.

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Même s'il n'existe pas de données sur l'apprentissage en ligne dans le domaine de la santé mentale, une formation conventionnelle sous forme de cours magistral peut avoir un effet positif sur les connaissances des infirmières en matière de contrainte physique (Suen et al., 2006, Huang et al., 2009). De même, dans cette étude, la connaissance de la législation relative à la coercition a augmenté de manière attendue dans le groupe d'intervention. Il est intéressant de noter que les résultats sur les connaissances de la contention physique et ceux sur l'isolement étaient contradictoires. Un facteur de confusion, qui n'a pas pu être éliminé, pour des raisons éthiques. Il est possible qu'en raison de l'accent mis sur des procédures plus concrètes liées à divers aspects physiques, la contention physique soit plus directe et plus simple à apprendre que l'isolement, dont les connaissances sont plus vagues (Suen et al., 2006, Huang et al., 2009). Comme dans les études précédentes avec des techniques d'apprentissage conventionnelles (Suen et al., 2006, Huang et al., 2009), ePsychNurse.Net n'a pas eu d'impact sur les attitudes des infirmières en matière de contention physique. Cela n'est pas étonnant, car, comme l'affirme Kirkpatrick (1998), la modification des attitudes et des pratiques de travail nécessite au moins un an. De plus, plusieurs interventions différentes peuvent être nécessaires afin d'obtenir un changement durable (Bowers et al., 2006). Le renforcement de l'auto-efficacité générale perçue dans le groupe d'intervention confirme l'hypothèse de départ et correspond à d'autres études, notamment Docherty et al. (2005) ont rapporté que l'utilisation d'objet d'apprentissage multimédia et de la technologie ainsi que l'encouragement du groupe de pairs étaient un élément essentiel de l'amélioration de l'auto-efficacité générale des étudiants dans l'apprentissage en ligne.
---	--

3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>L'utilisation de l'apprentissage en ligne peut susciter de la résistance (Coob, 2004), de l'ambivalence ou même une perception négative en général (Morris-Doccker et al., 2004) et en particulier dans le domaine de la psychiatrie, où les technologies intelligentes sont encore moins répandues que dans d'autres secteurs (Ruiz et al. 2006). Cependant, l'ePsychNurse.Net n'a eu aucun impact négatif sur la satisfaction au travail des participants, malgré la pression temporelle exceptionnelle liée au cours. Pour réduire la charge globale du programme, une application ciblée de différents éléments du ePsychNurse.Net pourrait être envisagée à l'avenir afin d'adapter les cours aux besoins individuels plutôt qu'à ceux du groupe. Un emploi du temps plus souple pourrait également être conseillé. À l'avenir, lorsque le rôle et la proportion de l'eLearning dans la formation professionnelle continueront d'augmenter et deviendront routiniers (Ward et al., 2008), la charge de travail diminuera probablement et les effets de l'eLearning sur la satisfaction professionnelle s'amélioreront.</p> <p>D'autres études devraient utiliser des mesures développées spécifiquement pour la psychiatrie, se concentrer sur le cours dont le contenu et la durée sont adaptés aux besoins individuels et explorer les effets à long terme du cours, car ils peuvent être différents et même plus importants que les résultats immédiats.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Malgré certaines limites, l'étude a montré que l'ePsychNurse.Net est un instrument d'apprentissage abordable, facile d'accès et peut, sous certaines réserves, être recommandé pour la formation professionnelle continue du personnel infirmier des institutions psychiatriques. Mais les résultats du cours doivent être étudiés avant.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>La période de l'étude (3 mois) a peut-être été trop courte pour que les employés intègrent leurs nouvelles attitudes. Beaucoup d'abandons dans le groupe contrôle peuvent représenter un biais, notamment l'amélioration surprenante des attitudes à l'égard de l'isolement dans le groupe contrôle, mais pas dans le groupe d'intervention.</p> <p>Les mesures d'efficacité utilisées ont été développées pour des environnements non psychiatriques et ils ont simplement été adaptés par les auteurs pour cette étude.</p> <p>Incapacité de purger les données des facteurs de confusion tels que le rétrécissement du groupe contrôle et l'incapacité d'empêcher les données du groupe de contrôle d'être contaminées par l'éducation axée sur l'isolement et la contention tenace initiée de novo dans certaines des organisations participantes.</p>

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	<p>L'objectif était d'explorer l'impact d'un cours d'apprentissage en ligne sur la compétence professionnelle des infirmiers en psychiatrie en matière d'isolement et de contention ainsi que sur leur satisfaction au travail et leur auto-efficacité générale. L'étude n'a malheureusement pas montré les avantages de la formation en ligne par rapport à l'enseignement traditionnel.</p> <p>Au niveau des hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le groupe d'intervention a montré une amélioration de la connaissance de la législation en matière de coercition, ce qui répond à l'hypothèse de départ. - Le renforcement de l'auto-efficacité générale perçue dans le groupe intervention, a soutenu l'hypothèse initiale et correspond à des études antérieures.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Les différences dans les taux de réponse entre les groupes étaient statistiquement significatives. La connaissance de la législation relative à la coercition et l'auto-efficacité générale se sont améliorées dans le groupe d'intervention. Alors que l'attitude envers l'isolement s'est améliorée dans le groupe contrôle.</p>

Article 5

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment : A 9-Year Observational Study
Thèmes abordés	Les moyens de diminuer l'utilisation des mesures de contrainte.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Non ne réfère pas à une population précise. Mais aborde la thématique des techniques pour diminuer les mesures coercitives dans les soins hospitaliers chez des patients médico-légaux, c'est un thème qui est pertinent, car nous cherchons toujours à diminuer l'utilisation de telles méthodes.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Steffen Lau, Nathalie Backmann, Andreas Mokros, Elmar Habermermeyer
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Steffen Lau, Nathalie Brackmann et Elmar Habermermeyer : Département de la psychiatrie médico-légale, hôpital psychiatrique universitaire de Zurich, Suisse Andreas Mokros : Département de psychiatrie, Université de Fern. Hagen, Allemagne
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Prevention of torture, forensic psychiatry, seclusion, restraint, schizophrenia
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Objectif : combler le manque de recherche sur le taux d'utilisation des moyens de coercition dans les institutions de psychiatrie légale. Méthode : analyse des données sur les méthodes coercitives de 2010 à 2018 Résultat : le nombre total et la durée montrent une tendance à la réduction des sévérités des mesures coercitives.

1.2 Introduction

1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	<p>Oui, un manque de données sur le taux des mesures coercitives dans la psychiatrie légale est constaté. C'est la principale raison pour laquelle cette étude est réalisée. De plus, les institutions de prévention de la torture expriment qu'il est nécessaire de diminuer les mesures de contrainte.</p> <p>La liberté de choix est remise en question dans les soins psychiatriques sécurisés, la détention en psychiatrie légale est en soi de nature coercitive. Le traitement en milieu psychiatrique est justifié par des raisons de sécurité publique ; le droit à l'autonomie du patient est considéré comme moins important que la sécurité publique. Les traitements obligatoires constituent une incision supplémentaire des droits de la personne (Szmukler, 2008). Pour aborder ce problème complexe, certaines organisations européennes officielles ou des approches multicentriques ont tenté d'élaborer et évaluer des lignes directrices (Luciano, De Rosa, Sampogna, Del Vecchio, Giallonardo, Fabrazzo, et al., 2018 ; Fiorillo, De Rosa, Del Vecchio, Jurjanz, Schnall, Onchev, et al., 2011).</p>
--	--

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Les mesures de contraintes peuvent être considérées comme nécessaires dans la gestion d'un comportement dangereux contre l'individu ou les autres, même si ces mesures peuvent s'accompagner d'effets indésirables, notamment le traumatisme des patients et du personnel soignant (Hallet, Huber, Dickens, 2014 ; Larue, Dumais, Boyer, Goulet, Bonin, Baba, 2013). En psychiatrie générale, les faibles taux d'interventions coercitives ont été décrits comme un indicateur de la qualité élevée du traitement psychiatrique (Martin, Bernhardsgrüter, Goebel, Steinert, 2007). Au cours des dernières décennies, des efforts ont été faits afin de mieux comprendre les phénomènes en identifiant les facteurs d'influence sur les taux de mesures coercitives et pour réduire leur utilisation dans les services de psychiatrie (Steinert, Lepping, Bernhardsgrüter, Conca, Hatling, Janssen, et al., 2010)</p> <p>Selon les auteurs, ce sont les premiers à effectuer une recherche de ce type en matière de mesures coercitives dans une institution de psychiatrie légale en Suisse, durant une période de 9 ans.</p>
---	--

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Le plan n'est pas présenté, mais en parcourant l'article des titres et sous-titres permettent d'avoir un plan bien défini.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Objectifs : le premier objectif est de combler le manque de recherche en fournissant des données sur les taux de mesures coercitives au sein d'une institution de psychiatrie légale. Pour terminer, ils souhaitent également évaluer les tendances dans l'utilisation des mesures coercitives afin de déterminer si les changements mis en œuvre ont conduit à la réduction souhaitée.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Un manque de donnée sur ce sujet en Suisse est constaté.

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Variables dépendantes : les taux d'utilisation des mesures de contrainte.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Non.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif de cette recherche est de combler le manque de données au sujet des mesures coercitives dans un établissement de psychiatrie légale et également de voir si les changements mis en œuvre permettent de diminuer le taux d'utilisation des mesures coercitives.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non aucune précision n'est donnée.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les changements mis en place permettront de diminuer l'utilisation des mesures coercitives.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude rétrospective, dynamique, longitudinale (car comporte plusieurs temps de mesures), de cohorte (car suivi de patients pendant une période).
Le devis est-il bien détaillé ?	Le devis n'est pas détaillé.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Pas de nécessité d'une approbation éthique selon le comité d'éthique cantonal de Zurich.

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Il s'agit d'une étude de cohorte dynamique, longitudinale et observationnelle. Des changements institutionnels ont été opérés pour lesquels les chercheurs ne sont pas intervenus, mais ont pu observer leurs effets.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les données ont été recueillies pendant 9 ans, de 2010 à 2018.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Il s'agit de la totalité des dossiers patients hospitalisés dans cet établissement au cours de chaque année.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Aucune sélection particulière, il s'agit de tous les patients traités au sein de l'institution.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont— ils ?	Pour leur analyse, les chercheurs ont uniquement considéré les mesures coercitives mises en place pour les patients qui représentaient un danger important. Ils n'ont pas pris en compte les cas où les patients étaient enfermés dans leur chambre pour des raisons organisationnelles.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non aucune répartition n'est faite, car le devis ne le nécessite pas.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Tous les patients correspondant aux critères ont été inclus dans l'étude.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Aucune justification de la taille de l'échantillon.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Non aucune description des instruments de mesure.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Les données sont recueillies pendant 9 ans (2010 à 2018)
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont— elles ?	Non aucune précision n'est donnée.

Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Variables dépendantes : les taux d'utilisation des mesures de contrainte. C'est une variable qualitative, nominale. Variable de contrôle : les changements opérés au sein de l'institution. Variables indépendantes : les auteurs ne précisent pas la variable indépendante, aucun stimulus expérimental proposé par les chercheurs n'a pu être identifié.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Aucune intervention n'est mise en place par les auteurs.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests,...)	Mesure d'intérêt (types de mesures coercitives) Régressions linéaires en utilisant « Least square method » (méthode des moindres carrés) La durée moyenne et la durée médiane, des pourcentages sont présentés.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Une explication est donnée sur le choix de l'utilisation de la régression linéaire.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Plus de 90 % des patients traités souffrent de schizophrénie. 2 tiers des patients présentent plusieurs diagnostics, l'utilisation de substance est dans la majorité des cas le deuxième problème. Les patients sont traités, en moyenne pendant 2 ans. La grande majorité des patients sont des hommes.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Des données sociodémographiques sont disponibles.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La collecte de donnée a eu lieu du 1 ^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2018.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	Une tendance négative globale de l'isolement en termes de durée médiane par incident et par patient et par année a été constatée, bien que seul le dernier modèle soit significatif. L'analyse de la régression montre, comme pour l'isolement, une tendance négative globale de la contention en médiane par année d'incident, bien qu'à nouveau seul le dernier modèle ait atteint la signification.

Quels sont les autres résultats importants ?	Après le changement de politique en 2011, ils constatent que de façon assez constante la durée de l'isolement par incident ainsi que dans le total par patient et par an. Pas de diminution de la médication forcée.
--	---

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui. Ils expliquent qu'un changement a été observé dans l'ordre dans lequel les mesures coercitives étaient utilisées. Dans les années 2010-2011, le recours à la contention était le premier choix alors que dans les années suivantes la contention était le dernier choix.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'objectif était d'analyser l'utilisation des mesures coercitives en ce qui concerne la prévalence, la fréquence et la durée à partir des données obtenues dans les rapports officiels. Les auteurs ont recensé ces diverses données.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)	L'isolement était le plus souvent utilisé, suivi de la contention et de la médication forcée, ceci est en accord avec des résultats antérieurs (Paavola, Tiihonen, 2010).
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Des approches empiriques strictes avec un plan de contrôle seraient nécessaires, mais pas réalistes à mener pour des raisons éthiques. Les facteurs qui sous-tendent cet effet de taux relativement faibles des mesures coercitives devraient faire l'objet de recherches futures. Les recherches futures devraient se pencher davantage sur les incidents violents, car c'est un facteur important pour développer des environnements sécurisés pour les patients et le personnel. Les études futures devraient aussi se concentrer sur l'identification et le ciblage du sous-groupe à risque de subir des mesures coercitives plus longues et répétitives à un stade précoce.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Les changements conduits au sein de cette institution ne concernaient pas une augmentation de personnel alors que c'est une mesure qui s'est avérée efficace dans d'autres études. (Scanlan JN, 2010) Ils n'ont pas non plus modifié l'architecture ou la décoration intérieure alors que c'est également prouvé que cela diminue les mesures restrictives en psychiatrie générale (Rohe, Dresler, Stuhlinger, Weber, Strittmatter, Fallgatter, 2010). Un programme psychothérapeutique spécial et clairement défini a montré son efficacité même dans les soins psychiatriques légaux dans le passé, mais cela n'a pas non plus été mis en place (Goodness, Renfro, 2002) Il est difficile de définir clairement quelles interventions ont permis de diminuer l'utilisation de l'isolement, car les changements organisationnels étaient des « paquets ». L'étude a été menée auprès de délinquants souffrant de schizophrénie et donc cela limite la généralisation des résultats.

4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>Le taux d'isolement rapporté dans cette étude pourrait sous-estimer la durée réelle de l'isolement d'un patient hospitalisé en psychiatrie légale par rapport aux autres, car cette étude n'a pris en compte que les mesures causées et initiées par un risque de préjudice déclaré individuellement.</p> <p>Le manque de données sur les incidents violents est la principale limite de l'étude.</p>
---	--

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Pas de conclusion dans l'étude. Mais l'objectif était d'analyser l'utilisation des mesures coercitives en ce qui concerne la prévalence, la fréquence et la durée à partir des données obtenues dans les rapports officiels, cet objectif a été partiellement rempli.
---	---

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>Une tendance négative globale de recours à l'isolement en termes de durée médiane par incident et par patient et par année a été constatée, bien que seul le dernier modèle soit significatif.</p> <p>L'analyse de la régression montre, comme pour l'isolement, une tendance négative globale de la contention en médiane par année d'incident, bien qu'à nouveau seul le dernier modèle ait atteint la signification.</p>
--	--

Article 6

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand : A cluster randomised controlled trial
Thèmes abordés	Agressivité, formation des professionnels de soutien en santé
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui, les professionnels de soutien en santé de Nouvelle-Zélande.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Maria Baby, Christopher Gale, Nicola Swain
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Département de la médecine psychologique, école de médecine Dunedin, Université d'Otago, Dunedin, Nouvelle Zélande
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Agression, communication skills, healthcare worker, mindfulness, randomised controlled trial, support worker
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>Objectifs : Évaluer l'effet d'une intervention (formation aux techniques de communication) pour diminuer l'expérience d'agressivité des travailleurs de soutien de santé.</p> <p>Méthodologie : Essai contrôlé randomisé à deux bras, par groupe, en simple aveugle. Le groupe contrôle a suivi une formation en pleine conscience.</p> <p>Résultats : Une baisse significative du taux d'agressivité dans le temps (échelle de perception de l'agressivité des patients) pour les 2 groupes. Des résultats similaires ont été notés avec une augmentation du bien-être psychologique et de la compétence de communication et une diminution de la détresse. Ces résultats ont été maintenus au bout de 6 mois de suivi. Mais l'effet entre les groupes n'a pas démontré une différence statistiquement significative entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle. La formation à la pleine conscience et aux compétences de communication peuvent diminuer l'expérience d'agressivité rapportée par les travailleurs de soutien en santé.</p>

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui. La violence sur le lieu de travail est courante dans le secteur de la santé. Elle se produit dans tous les services de santé. (Carter, 2000 ; Internationa Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), et Public Services International (PSI), 2002; Winstanley & Whittington, 2004; WorkSafe New-Zealand, 2016.) La violence est considérée comme un risque professionnel grave pour le personnel travaillant dans l'environnement actuel des soins de santé (Di Martino, 2003 : Duxbury & Whittington, 2005 ; Franz, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Niehans, 2010 ; Hahn et al., 2012 ; Shafran-Tikva, Chinitz, Stern & Feder-Bubis, 2017 ; Winstanley & Whittington, 2004). Une augmentation de l'agressivité et de la violence au sein des soins de santé a été constatée, ce qui a entraîné une sensibilisation accrue du personnel de santé à ce problème (Hackethal, 2016 ; Hahn et al., 2011 ; Nelson, 2014 ; Phillips, 2016 ; Swain, Gale, & Greenwood, 2014).
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les ONG jouent un rôle essentiel dans le soutien aux patients atteints de maladies et de handicaps mentaux au sein de la communauté néo-zélandaise. Avec cette tendance à la prestation des soins de santé dans des environnements communautaires, il pourrait y avoir une augmentation du risque auquel sont confrontés les travailleurs de la santé, en partie en raison de l'incertitude de l'environnement de travail et des facteurs imprévisibles liés aux patients (Ministry of Health, 2014).
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Pas de plan présenté, mais lorsque nous parcourons l'article nous constatons qu'il y a des titres et sous-titres qui permettent d'avoir une idée claire du plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer l'effet d'une intervention (communication skills training) pour réduire les expériences d'agression des professionnels de soins de soutien. Pas de question de recherche exprimée.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel proposé dans cet article.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Il existe peu de recherches dans la communauté (Privitera, Weisman, Cerulli, Tu et Groman, 2005) et encore moins de recherches dans les groupes paraprofessionnels tels que les travailleurs de soutien aux soins de santé (Anderson, 2006 ; Campbell, McCoy, Burg et Hoffman, 2014 ; Gale et al., 2009 ; Schablon et al., 2012 ; Smidt, Balandin, Reed et Sigafoos, 2007).
--	---

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	Variable dépendante : l'agression perçue par le personnel de soins de soutien, bien-être psychologique Variable indépendante : formation à la pleine conscience et « it's all about Communication » Variables de contrôle : données démographiques des participants (âge, genre, région...)
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables sont juste citées, mais pas expliquées en détail.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Objectif principal : évaluer l'efficacité d'une brève intervention multimédia de groupe « It's all about communication » pour le personnel de support en santé pour diminuer la perception d'agressivité perpétrée par les patients. Objectif secondaire : mesurer l'effet sur le bien-être psychologique, du niveau de souffrance et des capacités de communication interpersonnelles chez le personnel de support en santé qui ont suivi l'entraînement.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non aucune précision donnée.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Le personnel de support en santé ayant participé à l'intervention de compétences en matière de communication va rapporter une diminution de l'agression des patients, de la souffrance, un meilleur bien-être psychologique et une amélioration des compétences de communication interpersonnelle, comparée premièrement aux participants qui suivent la formation à la pleine conscience et deuxièmement en comparaison aux données de base.

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	Étude randomisée contrôlée
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui, il s'agit d'un devis expérimental en grappe, contrôlé par la méthode active, en simple aveugle.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Approbation éthique obtenue par le comité d'éthique de la santé et du handicap du Sud. (HDEC)
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	C'est un programme de formation en 4 sessions, le niveau de difficulté augmente crescendo. Le contenu est dérivé du modèle de communication de Calgary et des cours de communication en médecine. (Silverman, Kurtz, & Draper, 2013). Les 4 sessions incluent des techniques de communication, travail de groupe, situations difficiles et comment aller de l'avant.

Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Un premier questionnaire comprenait des données démographiques, Perception of Patient Aggression Scale-New Zealand (POPAS-NZ), Kessler Psychological Distress Scale (K 10), Impact of Events Scale-Revised (IES-R), and Interpersonal Communication Competence Scale (ICCS). Les mêmes mesures sauf le questionnaire sur les données démographiques ont été administrées à l'issue des 4 sessions et avec un suivi de 3 et 6 mois.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, la population est bien définie, il s'agit du personnel de soins de support de Nouvelle-Zélande.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Après avoir obtenu le consentement de l'organisation, certains directeurs se sont portés volontaires pour recruter des participants au sein de leurs services, car leur personnel travaillait dans différents endroits répartis dans la région. Pour ce faire, ils ont distribué les fiches d'information et les formulaires de consentement lors des réunions, ont recueilli tous les formulaires de consentement signés et ont informé le chercheur du nombre final de participants. Pour le reste du processus de recrutement, un chercheur a assisté aux réunions de l'équipe et a recruté au sein de leurs services. Les travailleurs de soutien aux soins de santé qui ont manifesté leur intérêt à participer ont ensuite été vérifiés par rapport aux critères d'inclusion et d'exclusion. Date limite de recrutement : 31 janvier 2016
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont — ils ?	Oui. Critères d'inclusion : Professionnel de support en santé travaillant pour une ONG ou au conseil de santé du district ou dans un établissement pour personnes âgées ; avoir 18 ans ou plus ; parler couramment l'anglais ; être capable de fournir un consentement éclairé ; ne pas avoir de formation officielle en soins de santé reconnue par la Nouvelle-Zélande, qui comprend des cours d'une durée de 6 mois ou plus, y compris des cours avec certificat, diplôme ou grade. Critères d'exclusion : soignants personnels ou les membres de la famille qui assurent le rôle soignant principal ; professionnels de la santé agréés (ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, infirmiers, etc.) ayant des qualifications reconnues en Nouvelle-Zélande ou des qualifications équivalentes et une activité professionnelle en cours.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui, il y a une répartition en 2 groupes : groupe témoin et groupe contrôle. Celle-ci se fait en simple aveugle.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les participants étaient des travailleurs de soutien aux soins de santé travaillant dans les services de santé mentale du conseil de santé du district et des ONG de 14 organisations des régions d'Otago et du Southland et de la région d'Auckland en Nouvelle-Zélande.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Ils ont effectué différents calculs afin de connaître la taille de l'échantillon minimum, ces résultats les ont menés à la conclusion qu'il leur fallait 48 participants dans chaque groupe.

4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Oui, ces derniers sont décrits de manière précise et détaillée. Questionnaire démographique, Perception of Patient Aggression Scale-New-Zealand (POPAS-NZ) cette échelle est une adaptation de l'échelle POPAS (Oud, 2000) ces modifications ont été faites pour l'adapter au contexte néo-zélandais et ajouter des items plus spécifiques à la violence, Kessler Psychological Distress Scale (K10), Impact of Events Scale-Revised (IES-R) et Interpersonal Communication Competence Scale (ICCS). Les mêmes mesures hormis le profil démographique ont été administrées à l'issue des 4 sessions, avec un suivi de 3 mois et de 6 mois.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	La passation des outils a lieu avant la formation, après les 4 sessions et ensuite un suivi à 3 mois et à 6 mois.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? Quelles sont — elles ?	L'échelle POPAS-NZ a une validité interne élevée avec un alpha de Cronbach de 0,923 et une bonne fiabilité de test-retest de 0,927 (Swain et al., 2014) Les 30 éléments du CIEC ont un alpha global de 0,86, ce qui met en évidence une fiabilité interne et une forte validité concurrente (Cupach & Spitzberg, 1983 ; Rubin & Martin, 1994). Cette échelle est fortement liée à la flexibilité cognitive et de communication et convient donc pour mesurer les compétences de communication des travailleurs de la santé (Ang, Swain, & Gale, 2013).
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non aucune précision n'est donnée.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	« It's all about Communication » est un programme d'entraînement divisé en 4 sessions qui a été conçu pour enseigner certaines compétences de communications. Les sessions sont structurées de manière à aller du plus simple au plus complexe. Il s'agit de discussions de groupes et avec des paires pour chacun des éléments. Le contenu des compétences est dérivé des compétences énumérées dans le modèle d'enseignement et d'apprentissage de la communication en médecine de Calgary Cambridge (Silverman, Kurtz, & Draper, 2013) et basé sur les expériences d'apprentissage de la communication des étudiants en médecine, des recherches antérieures et sur l'expérience clinique. Les exemples sur DVD étaient faits par des acteurs professionnels et ces vidéos étaient basées sur des situations cliniques réelles. Les 4 sessions incluent des techniques de communication, des travaux de groupe, des situations difficiles et comment aller de l'avant. Pour aider les animateurs à dispenser la formation de la même manière, un guide de l'animateur et un guide du participant ont été élaborés (Swain & Gale, 2014) Pleine conscience : a été dispensé en groupe et sous forme multimédia, 4 sessions ont eu lieu. Les 4 sessions comprenaient : qu'est-ce que la pleine conscience ? Les bases de la pratique de la pleine conscience, la pleine conscience dans votre routine quotidienne, le scan corporel conscient et la coloration consciente, la pleine conscience complète et la marche consciente.

Comment l'intervention est-elle appliquée ?	4 sessions ont eu lieu pour chacun des groupes.
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests...)	Des erreurs standards robustes de Huber-White ont été calculées pour tenir des comparaisons multiples et du regroupement des données. Des analyses de régression similaires ont été menées pour les variables dépendantes secondaires de Kessler, 10, IES-R et ISCCS. Pour détecter les effets d'interaction entre le groupe et les points dans le temps, un plan d'ANOVA mixte a été utilisé, avec la mesure dépendante POPASNZ, comme résultat principal ; le K10, l'IES-R et l'ICCS comme résultat secondaire. Test de Bonferroni utilisé pour les comparaisons temporelles par paires. L'ampleur de l'effet a été mesurée à l'aide de l'éta carré partiel. La taille de l'effet a été calculée avec des intervalles de confiance de 95 % et la signification a été fixée à 0,05 sur la base f2 de Cohen.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Chaque méthode d'analyse est expliquée notamment avec le but pour lequel elle est utilisée.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	127 professionnels de la santé ont accepté de participer à l'étude et ont été randomisés. La randomisation a donné lieu à 9 groupes de 64 participants et dans le groupe d'intervention et à 8 groupes de 63 participants dans le groupe contrôle. À la fin de l'étude, il ne restait plus 115 participants et après les 6 mois de suivi, ils n'étaient plus que 67. La plupart étaient des femmes, ils étaient âgés de 45 à 64 ans. La plupart étaient des employés à temps plein. Les niveaux de formation variaient (diplôme en santé, aucune formation, etc.).
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui, un diagramme de flux est présenté. Il contient les principales informations démographiques : région, genre, âge, place de travail, nature des clients (physique, intellectuel, santé mentale, âge avancé) heures de travail par semaine, proportion du temps avec les patients, qualification, entraînement au management de l'agressivité et entraînement aux compétences de communication.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Ils ont uniquement précisé une date limite pour le recrutement des participants, mais n'ont pas donné d'informations quant à la période de collectes de données.

2. Description des résultats

Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	<p>Par rapport aux données démographiques de base, les non-participants étaient plus susceptibles d'avoir une formation antérieure en gestion de l'agressivité ($p=0.005$) et en communication ($p=0.003$).</p> <p>Le changement avec le questionnaire POPAS-NZ était significatif à tous les temps de mesure par rapport aux données de base, c'est-à-dire qu'une amélioration de l'agression perçue a été constatée ($p = 0,001$)</p> <p>Le changement dans le temps avec le questionnaire Kessler 10 est significatif, ce qui signifie que la détresse psychologique du personnel de support en santé s'est améliorée, ce résultat est significatif lors d'un suivi à 6 mois uniquement. ($p=0.001$)</p> <p>Le score de l'IES-R est statistiquement significatif au bout de 6 mois de suivi, mais pas lors des autres mesures ($p=0.001$). Cela signifie donc que la mesure de la « gravité des symptômes » s'est améliorée.</p> <p>Différence statistiquement significative entre le groupe contrôle et le groupe intervention qui, lui, a démontré de meilleures compétences en matière de communication et cela a été accompagné d'une amélioration des compétences en communication interpersonnelle, cependant ce résultat est significatif uniquement juste après l'intervention. ($p=0.004$)</p>
Quels sont les autres résultats importants ?	« It's all about Communication » a été associé à une amélioration de la compétence en communication interpersonnelle, mais celle-ci ne s'est pas maintenue après 3 et 6 mois de suivi.

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	<p>Oui, il contient les principaux résultats. Le POPAS-NZ a montré une diminution de l'agressivité à chaque point dans le temps pour les 2 groupes. Des effets similaires de l'intervention et de la formation de contrôle dans les 2 groupes ont été évidents lors de la mesure du bien-être psychologique et du niveau de détresse. Les scores Kessler 10 et IES-R lors du suivi à 6 mois sont restés inférieurs aux scores de base des 2 groupes ce qui indique l'importance pratique potentielle des 2 programmes. Même si la compétence en communication a été statistiquement significative pour l'amélioration au sein du groupe « It's all about Communication » après l'intervention, elle n'a pas été maintenue lors du suivi. Les 2 groupes ont montré des changements statistiquement significatifs dans le POPAS-NZ dans le suivi après 6 mois.</p>
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Le but était d'évaluer l'efficacité du programme de formation « It's all about Communication », ils ont pu mesurer l'efficacité à travers différents questionnaires.

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Même s'ils sont reconnus, les efforts qui visent à réduire l'expérience de l'agressivité dans les soins n'ont pas connu grand succès (Campbell et al., 2014 ; Muralidhran & Fenton, 2012). Les recherches montrent que l'amélioration des résultats de santé passe par un renforcement du processus de communication entre les professionnels et les patients (Smidt et al., 2007 ; Spector et al., 2014). Les deux interventions sont efficaces et peuvent apporter des changements dans le temps. Ces améliorations peuvent donc être considérées comme des changements utiles par les professionnels de santé (Bowers, Brennan, Winship et Theodoridou, 2010 ; Campbell et al., 2014 ; Patterson, Curtis et Reid, 2008) et peuvent donc constituer des stratégies efficaces dans la prévention des agressions commises par les BDS.
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour analyser et renforcer le choix de l'intervention pour la formation continue. Il est recommandé d'obtenir une évaluation formelle des programmes de formation afin de renforcer les preuves et d'apporter les changements nécessaires. Les programmes de formation peuvent s'appliquer dans divers établissements afin de réduire les cas d'agression en améliorant la communication et les styles d'interaction du personnel.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Avec l'évolution mondiale vers des pratiques moins coercitives en matière de traitement de l'agressivité dans les soins, le besoin d'une formation axée sur des techniques non coercitives devient important. Cependant, ces interventions doivent être fondées sur des preuves, malheureusement la littérature actuelle n'est pas suffisante. Les résultats suggèrent que les programmes de formation à la communication et à la pleine conscience peuvent être efficaces pour améliorer les expériences des professionnels de santé en matière d'agression des patients, du bien être psychologique, du niveau de détresse et des compétences en communication avec un impact à long terme.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Limitation du nombre de groupes et de participants disponibles a conduit à une faible puissance statistique, ce qui a pu entraîner une possible erreur. Degré d'abandon relativement élevé, malgré un suivi régulier et des rappels envoyés aux participants pendant leur participation à l'étude.

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude n'a pas pu montrer que la formation « It's all about Communication » était plus pertinente que la formation à la pleine conscience.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Ces deux interventions semblent efficaces pour diminuer l'expérience d'agressivité sur le lieu de travail.

Article 7

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices
Thèmes abordés	La promotion des soins positifs et sûrs dans les établissements de santé mentale médico-légale et l'évaluation des facteurs critiques aidant les infirmières à réduire le recours aux pratiques restrictives.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	La population visée est les patients hospitalisés dans des établissements de santé mentale médico-légale et le « questionnement » concerne la promotion des soins positifs et sûrs ainsi que l'évaluation des facteurs aidant les infirmières à réduire les pratiques restrictives.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Lesley Barr, Dianne Wynaden et Karen Heslop
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Lesley Barr : Service de santé mentale médico-légale de l'État Perth, Western Australia, Australia Dianne Wynaden : Université Curtin, Perth, Australie occidentale, Australie Karen Heslop : Université Curtin, Perth, Australie occidentale, Australie
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Aggression, forensic mental health nursing, leadership, restrictive practices.
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	L'objectif de la recherche vise à documenter les expériences des infirmières travaillant dans le cadre de la santé mentale médico-légale. Il s'agit alors d'articuler leurs perceptions d'un ensemble de compétences uniques pour gérer les comportements difficiles des patients et déterminer comment celles-ci permettent un changement de pratiques afin de réduire l'utilisation des pratiques restrictives. 32 infirmières ont été recrutées dans un service de santé mentale médico-légale australien. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-structurés et analysés à l'aide d'une analyse de contenu inductive. Quatre catégories ont été identifiées comme influençant les expériences pratiques : le travail dans un environnement difficile, mais intéressant, l'expertise de la spécialité, l'exposition à l'agression et la résilience comme facteur de protection et pour finir, l'importance d'un travail d'équipe et d'un leadership efficaces.

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de cette étude repose sur le fait que la diminution et l'élimination du recours aux pratiques restrictives sont devenues un axe de la réforme de la politique de santé mentale australienne (Bowers, 2014). De plus dans le domaine de la psychiatrie médico-légale, un haut taux de mesures coercitives, la durée la plus élevée ainsi qu'une prévalence importante sont encore observées par rapport au secteur public ou à la psychiatrie générale (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2018).
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Plusieurs études ont été menées dans le but de diminuer les pratiques restrictives dans le domaine de la santé mentale générale, mais peu ont ciblé le domaine de la psychiatrie médico-légale. De plus, les taux plus élevés d'agression et d'utilisation de pratiques restrictives dans les services de santé mentale médico-légaux justifient une enquête plus approfondie.
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Aucun plan de l'article n'est donné, cependant en le survolant, les grands chapitres abordés apparaissent de manière claire.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Les objectifs de la recherche sont de documenter les expériences des infirmières travaillant dans le cadre de la santé mentale médico-légale vis-à-vis de la gestion de la violence.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non il n'y a pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Malgré un nombre croissant de recherches sur la réduction des pratiques restrictives dans les services généraux de santé mentale, moins d'attention a été accordée aux établissements de santé mentale médico-légale (Maguire et al. 2012 ; Völlm & Nedopil 2016).

2. Article portant sur une étude qualitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	Cette étude a pour ambition de promouvoir une culture de soins sécurisés, mais positifs aux patients dépendant de la psychiatrie légale. Aussi, l'objectif est d'évaluer les facteurs facilitant aux infirmières une réduction de recours aux mesures restrictives.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude qualitative. Au vu des informations fournies par les chercheurs, le devis serait de nature phénoménologique.
Le devis est-il bien détaillé ?	Non. Les chercheurs ne précisent que l'aspect qualitatif du devis et qu'il s'est basé sur une analyse inductive.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	Cette étude a 3 objectifs principaux : documenter l'expérience des infirmiers en psychiatrie légale, articuler les compétences nécessaires perçues et déterminer si leurs expériences et compétences pourraient influencer la diminution de l'utilisation de mesures restrictives. Il s'agit donc en résumé d'explorer le phénomène de l'isolement d'un point de vue infirmier, dans un hôpital de santé mentale légale. C'est pourquoi un devis phénoménologique semble adapté.
Précision du rôle du chercheur	Il n'y a pas de précision particulière quant au rôle du chercheur, si ce n'est que grâce à la typologie d'entretien choisi, il avait la possibilité de clarifier les propos des participants tout en maintenant le fil rouge de l'entrevue.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'approbation éthique a été reçue du Service de Santé du « Métropolitain » nord, du Service de Santé Mentale et Université Curtin. En outre, les participants ont transmis leur consentement écrit.
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Les informations ont été récoltées au moyen d'entretiens semi-structurés.
Comment se déroule la collecte des données ?	Les auteurs précisent avoir mené cette recherche en 3 étapes soit préparation, organisation et analyse.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Tous les professionnels en soins infirmiers du service légal d'État de santé mentale en Australie ont été invités à prendre part à l'étude. 32 infirmiers ont volontairement participé.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	Oui. Elle s'est déroulée dans un lieu favorisant les interactions (soit loin du service et sans coupure ou distraction). Un guide d'entrevue a été développé en se basant sur la littérature. Celui-ci contient des questions ouvertes.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	Les entretiens ont été enregistrés numériquement et retranscrits mot pour mot. Les données démographiques des participants ont également été récoltées.
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Les auteurs analysent le contenu des entretiens au moyen d'une analyse de contenu inductive, selon une approche objective et systématique. Il a donc s'agit d'identifier les différences et similitudes. Ceux-ci ont donc identifié autant de thématiques que nécessaire, puis grâce à l'abstraction et l'interprétation, ils ont catégorisé les données. Ensuite, les données ont été révisées et un consensus a été trouvé afin de conserver 4 catégories thématiques.
Qui procède à l'analyse ?	C'est l'équipe de recherche qui a procédé à l'analyse.
Quel est le logiciel utilisé ?	Visiblement, les chercheurs n'ont pas utilisé de logiciel ou ne le mentionnent pas dans cette étude.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	La fiabilité des données est assurée par une adhésion au modèle d'analyse de contenu inductif tel que développé par Elo & Kyngäs (2008). Des vérifications et consensus d'équipe ont été réalisés à chaque étape afin d'augmenter la fiabilité des données ; tout comme grâce à l'ajout de citations.

2.2 Résultats

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Les résultats ont été catégorisés en 4 thématiques.

Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)	<p>Catégorie 1 : travailler dans un environnement stimulant, mais intéressant. Travailler avec des patients difficiles avec des risques potentiels est gratifiant et permet de développer des compétences.</p> <p>Catégorie 2 : expertise de spécialité. Une compétence spécialisée est notamment la connaissance et la compréhension autour des manifestations agressives des patients en phase aiguë. Il est nécessaire de séparer les problèmes criminels de la maladie mentale. La confiance en soi, l'absence de jugement et la flexibilité des limites pour s'adapter aux comportements des patients ont été identifiées comme des compétences cliniques importantes afin de prévenir et gérer l'agression tout en maintenant un environnement thérapeutique. La supervision clinique est considérée comme importante pour former des infirmières ayant de bonnes compétences. Finalement les participants ont exprimé une attitude positive face à la réduction du recours à la contention et à l'isolement.</p> <p>Catégorie 3 : exposition à l'agression et résilience comme facteur de protection. L'exposition répétée à l'agression a augmenté le niveau de peur et d'anxiété des infirmières et a eu un impact sur leur capacité à travailler de manière thérapeutique avec certains patients.</p> <p>Catégorie 4 : travail d'équipe et leadership efficaces. Le fait d'être en sécurité est lié avec une équipe efficace où il y a un bon mélange de compétences et une confiance mutuelle. Le rôle de coordinateur de quart est considéré comme un rôle essentiel au sein de l'équipe infirmière ainsi que comme la clé du bon fonctionnement de l'équipe. Finalement, il a été relevé que pour assurer l'efficacité de l'équipe, les participants estiment que les employeurs ont la responsabilité d'être sélectifs lorsqu'ils recrutent du personnel pour travailler dans ce domaine.</p>
--	---

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Non.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	La recherche répond à l'objectif visé par le fait qu'elle a permis de recenser les expériences des infirmières travaillant dans le domaine de la santé mentale médico-légale avec pour perspective de diminuer les mesures restrictives.

2. Liens avec les autres auteurs	
<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)</p>	<p>L'étude de Ward (2013) relève, elle aussi, que le personnel travaillant dans des établissements de santé mentale perçoit souvent la violence au travail comme en faisant partie.</p> <p>Les études de Dickinson & Wright (2008) et de Harris et al. (2014) démontrent également que l'exposition répétée à l'agression expose les infirmières à un risque de traumatisme vicariant, de stress professionnel et de syndrome d'épuisement professionnel. Ces phénomènes sur le lieu de travail ont largement été reportés dans les soins de santé mentale médico-légaux (Harris et al. 2014 ; Jacob & Holmes 2011 ; Jacob et al. 2009).</p> <p>Pour lutter contre le stress au travail, l'utilisation d'interventions de résilience comme approche préventive peut améliorer la santé et le bien-être général du personnel (Foster et al. 2018).</p> <p>Smith et al. (2015) ont aussi constaté qu'une réduction de l'isolement et de la contention a été obtenue en mettant l'accent sur la formation du personnel.</p> <p>Alors que l'expérience clinique peut être une stratégie d'apprentissage efficace pour développer des compétences, le manque de connaissances spécialisées peut exacerber les niveaux de peur et d'anxiété ressentis sur le lieu de travail (Koskinen et al. 2014).</p> <p>L'éducation et la formation en cours d'emploi sur les comportements délinquants et les soins tenant compte des traumatismes peuvent aider les infirmières à travailler à partir d'un cadre de rétablissement et accroître leur confiance (Souter 2015).</p> <p>Travailler dans un contexte de santé mentale médico-légale requiert des compétences et une formation spécifique (Harris et al. 2014). Il s'agit bien plus que de pratiquer des interventions infirmières dans un contexte en santé mentale (Martin et al. 2013) et il faut comprendre les processus complexes d'évaluation des risques, d'intervention précoce et de prévention des agressions (Harris et al. 2014 ; Maguire et al. 2012).</p> <p>Te Pou (2017) a aussi relevé que l'intégration d'approches de soins tenant compte des traumatismes dans les établissements de santé mentale peut encourager les pratiques les moins restrictives lorsque le personnel comprend les expériences des patients.</p> <p>Muir-Cochrane (2018) affirme lui aussi que la culture de l'unité est le facteur central pour influencer l'utilisation des pratiques restrictives. Pour y parvenir, un leadership efficace et la cohésion de l'équipe sont essentiels (Pyrek 2006).</p>
3. Recommandations ou suggestions	
<p>Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?</p>	<p>La principale recommandation est qu'il est nécessaire d'investir davantage, au niveau des universités et des organisations pour permettre aux infirmières en santé mentale médico-légale d'acquérir et de développer des compétences qui réduisent les pratiques restrictives, favorisent les désescalades et encouragent les soins axés sur le rétablissement.</p>
<p>Comment les suggestions - recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?</p>	<p>Les auteurs ne l'explicitent pas formellement, mais il conviendrait de proposer une formation spécifique à ce domaine de soins.</p>

4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	La limite que relèvent les auteurs est le fait que cette étude ait été menée dans un seul service de santé mentale médico-légale australien, ce qui limite donc les généralisations. Aussi avec le peu de limites mentionnées par les auteurs, il peut être relevé que l'inclusion uniquement de professionnels infirmiers est trop restrictif.
---	--

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Cette étude identifie une série de compétences spécialisées et de facteurs facilitants pour prendre en charge ce groupe de patients tout en maintenant la sécurité psychologique et physique du personnel.
---	--

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Il a été relevé que le fait d'avoir une formation spécialisée au domaine de la santé mentale médico-légale est important, car cela peut avoir un impact sur les niveaux de stress et de bien-être perçus par les infirmières ce qui peut avoir un impact sur leur lieu de travail. De plus, le leadership, la supervision clinique et le mentorat par un personnel plus expérimenté sont essentiels pour aider les infirmières moins expérimentées à réfléchir à leur pratique et à renforcer leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine spécifique. Pour finir, cette étude a aussi montré comment les infirmières, malgré les menaces d'agression, s'efforcent de s'engager positivement auprès de leurs patients dans des situations difficiles.
--	---

Article 8

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia
Thèmes abordés	Contention, isolement, schizophrénie
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui. Il fait référence aux hommes souffrant de schizophrénie hospitalisés dans des services sécurisés. La question est jugée pertinente, car elle traite largement des mesures de contraintes, thématique controversée largement abordée dans notre travail. La question spécifique est intéressante, car il s'agit d'une part de réduire des mesures jugées risquées et coûteuses, mais d'autre part d'étudier l'impact de cette réduction sur la violence.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Anu Putkonen, Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta et Eila Repo-Tiihonen sont rattachés au Département de Psychiatrie Forensique de l'Université de Finlande Orientale (UEF) à Kuopio.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Jari Tiihonen fait également partie du Département de Psychiatrie Forensique de l'Université de Finlande Orientale et de l'hôpital de Niuvanniemi à Kuopio. Il est également rattaché au Département de Neurosciences Cliniques à l'Institut Karolinska à Stockholm. Olli-Pekka Rynnänen est intégré au Département de Santé Publique et Nutrition Clinique au sein des Soins de Santé Primaire de l'UEF. Hannu Kautiainen est rattaché à l'Unité de Soins de Santé Primaire à l'hôpital universitaire central de Helsinki, et au Département de Pratique générale de l'Université de Helsinki en Finlande.
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Les mots-clés ne sont pas précisés dans cet article.
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	L'objectif est la prévention de l'isolement et de la contention en psychiatrie, chez les personnes souffrant de schizophrénie, sans augmentation de la violence. L'étude s'est déroulée sur une année avec 13 services ayant reçu une formation sur la prévention de l'utilisation de ces mesures, dont 2 services de haute sécurité. Les services qui faisaient partie du groupe « intervention » ont reçu 6 mois de formation sur une stratégie en 6 points suivis de 6 mois d'interventions supervisées. Les résultats démontrent une diminution de 30 à 15% de l'utilisation de l'isolement et de la contrainte, une diminution du temps passé en isolement et une diminution de l'incidence de la violence.

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui. L'étude se base sur des recommandations nationales et internationales qui visent à diminuer l'utilisation de telles mesures (Council of Europe, Committee of Ministers, 2004 ; Declaration of Madrid, 1996 ; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1991 ; World Health Organization, 2003). En outre, d'autres études mettent en avant que la diminution est possible à travers divers actes, mais en contre-partie, la violence avait parfois augmenté (Barton, Johnson & Price, 2009 ; LeBel et al., 2004 ; Lewis, Taylor & Parks, 2009 ; National Association of State Mental Health Program Directors, 2009 ; Liberman, 2006 ; Smith et al., 2005 ; Sullivan et al., 2005). Le but est donc la diminution de l'utilisation des moyens de contraintes sans augmentation de la violence.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	L'auteur explique l'originalité par le fait de vérifier la faisabilité de la mise en œuvre de mesures de prévention de l'utilisation des moyens de contraintes sans une recrudescence de la violence.
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Le plan n'est pas présenté. Toutefois, en parcourant l'article, on peut remarquer la structure claire à l'aide des titres et sous-titres mis en évidence.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif, dont la question est sous-jacente, est la possibilité de diminuer l'isolement et de la contention sans augmentation de la violence.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas de modèle théorique ou de cadre conceptuel utilisé dans cette étude.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	<p>Premièrement, en raison des risques et du coût des mesures coercitives tant pour le patient que pour le personnel, de nombreuses recommandations nationales et internationales ont vu le jour pour réduire leur utilisation (Council of Europe, Committee of Ministers, 2004 ; Declaration of Madrid, 1996 ; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 1991 ; World Health Organization, 2003).</p> <p>Ensuite, pour une réduction importante du nombre de ces mesures, il faut une approche multidimensionnelle impliquant de nombreux éléments de soins permettant de prévenir la crise menant à l'utilisation de telles mesures, comme l'amélioration du leadership, développement du personnel, utilisation de données, la participation des patients, l'utilisation d'outils de réduction de l'isolement et de la contention et des analyses post-événements (American Psychiatric Association, 2003 ; Ashcraft & Anthony, 2008 ; Fisher, 2003 ; Gaskin, Elsom & Happel, 2007 ; National Association of State mental Health Program Directors, 2009).</p> <p>Ainsi, on peut observer une diminution de l'isolement et de la contrainte de 47 à 92% dans 70 institutions américaines ayant mis en œuvre ces 6 mesures (Barton, Johnson & Price, 2009 ; LeBel et al., 2004 ; Lewis, Taylor & Parks, 2009 ; National Association of State Mental Health Program Directors, 2009 ; Smith et al., 2005 ; Sullivan et al., 2005). Aussi, il est à remarquer qu'en parallèle, la violence a considérablement diminué dans certains services tandis qu'elle a augmenté dans d'autres services visant une diminution des mesures de contraintes (Lieberman, 2006 ; National Association of State mental Health Program Directors, 2009).</p> <p>Donc, une limite de la littérature mise en avant est le manque de comparaison statistique entre l'utilisation de l'isolement et la contrainte et son lien avec l'incidence de la violence (Sailas & Wahlbeck, 2005). Une telle comparaison directe est nécessaire afin d'écarter des coïncidences en lien avec les nouvelles réglementations, variations saisonnières (Paavola & Tiihonen, 2010), pratiques pharmacologiques (Smith et al., 2005) et sélection des patients.</p>
--	--

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	<p>Variable indépendante : l'isolement et la contention</p> <p>Variable dépendante : incidence de la violence, blessures</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>La variable indépendante correspond à une mesure en jour-patient ou en heure par 100 jours-patient. Il s'agit donc d'une variable quantitative discrète.</p> <p>La variable dépendante correspond à la survenue d'incident de violence par 100 jours-patient, il s'agit d'une variable quantitative discrète. La survenue de blessure est mesurée selon le nombre de jours d'absence par blessure, c'est une variable quantitative discrète.</p>

Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif de recherche est de vérifier la faisabilité de la prévention de l'utilisation de mesures coercitives sans violence dans un service de haute sécurité pour hommes souffrant de schizophrénie
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	La variable indépendante est détaillée dans sa mise en œuvre au travers des diverses mesures prises afin de lutter contre l'isolement et la contention. Ci-dessous (point 3.1.2, précision du devis expérimental), il est possible de retrouver les diverses actions mises en place et leurs fréquences afin de diminuer l'utilisation de telles mesures. Il s'agit donc de : conseils hebdomadaires individuels et collectifs ainsi qu'analyse post-événement pour les responsables de service, recensement des problématiques et éducation hebdomadaire pour le personnel, aide hebdomadaire au développement de stratégies, réunion hebdomadaire avec les patients, réalisation d'un livre par le personnel et les bénéficiaires de soins, statistiques quotidiennes discutées mensuellement et utilisées à plusieurs niveaux, plan de crise individuel révisé et développé après chaque crise, discussion quotidienne en lien avec la feuille de report d'incident et valorisation ou amélioration des pratiques.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse de recherche est que la réduction des mesures d'isolement et de contention est possible sans augmentation de la violence, et ce grâce à une formation et la mise en place
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis de l'étude est une étude randomisée contrôlée
Le devis est-il bien détaillé ?	Le devis est peu détaillé, mais les auteurs mentionnent que c'est un RCT, soit un devis reconnu.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	L'étude a été enregistrée et acceptée par le comité éthique de l'Hôpital de Kuopio. Dans la mesure où les effets de l'intervention ont été examinés via les informations statistiques de l'hôpital, le consentement des patients n'était pas nécessaire.

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	<p>Un infirmier-chef de niveau master, un docteur en anthropologie culturelle - conseiller en psychothérapie et un psychiatre légal, chercheur de niveau master ont étudié les données de l'hôpital, planifier le projet et adapter les outils de prévention de crise. Ils ont aussi éduqué et aidé les services dans leur utilisation de la stratégie de base de réduction de l'isolement et de la contention.</p> <p>Durant l'année d'information, tous les services de l'hôpital ont été informés de la nécessité de réduire l'utilisation de l'isolement et de la contrainte. L'équipe de recherche a visité cinq hôpitaux aux USA afin d'observer les stratégies mises en œuvre et a fait part de ses observations aux responsables de l'hôpital qui ont travaillé dans le groupe de pilotage.</p> <p>L'année suivante, les chercheurs ont aidé le personnel des services concernés à mettre en place les nouvelles pratiques, puis ils y sont retournés environ 6 mois plus tard afin d'évaluer le maintien des interventions.</p> <p>Les responsables des services jouissant de l'expérience ont bénéficié de conseils individuels et collectifs (une heure par semaine) et d'analyse post-événement quotidienne avec l'infirmier en chef ou le conseiller (30 minutes quotidiennes). Le personnel relevait de manière critique les problèmes, règles et pratiques et recevait des informations sur les risques et traumatismes associés aux mesures de contrainte et d'isolement, la prévention de crise et les nouveaux outils (une heure par semaine).</p> <p>L'anthropologue culturelle - conseiller psychothérapeutique a utilisé des méthodes d'observation-participation afin d'aider au processus de conseils et de développement de stratégie de prévention individuelle et alternative à l'isolement (une heure par semaine).</p> <p>Les patients ont orienté les chercheurs lors de réunions hebdomadaires (une heure par semaine) sur leurs propres expériences de la violence et de la coercition, les déclencheurs individuels de la violence et les activités efficaces pour calmer la situation. Ils ont également suggéré de nouvelles méthodes et pratiques afin de diminuer la peur, la violence et la coercition. Ils ont pris part à un brainstorming avec le personnel et les docteurs au sujet des règles et pratiques du service durant une rencontre hebdomadaire (45 minutes).</p> <p>De plus, selon leur demande, le personnel a pris part volontairement avec plusieurs patients à une activité de construction. En outre, ils ont écrit, photographié et illustré un livre intitulé « Behind Locked Doors » (derrière les portes closes, traduction libre).</p> <p>Les services d'intervention utilisaient une feuille de progrès afin de suivre et de consigner le nombre quotidien d'isolements et de contentions et cet élément était discuté mensuellement avec l'infirmier en chef (30 minutes par mois). Ces statistiques sont également discutées mensuellement au sein du groupe de pilotage. Des graphiques individuels de la violence et de l'isolement ont été utilisés dans les conseils et la planification de crise.</p> <p>Les outils de prévention de la crise ont été adaptés grâce au personnel et aux patients afin de prévenir les crises individuelles, les gérer et effectuer une désescalade en cas de situations tendues. Parmi ces outils, il y a un questionnaire sur l'expérience traumatique et le comportement violent, une liste des déclencheurs communs, les signaux d'alerte, les activités relaxantes ainsi que les activités quotidiennes. Ainsi, un plan de crise individuel était développé en accord avec les activités apaisantes mentionnées si les signaux d'alerte apparaissaient. Ce plan était révisé et développé après</p>
---	---

	<p>chaque crise.</p> <p>De surcroît, chaque matin, l’infirmier-chef et l’anthropologue ont discuté avec le personnel des incidents violents qui se sont produits et ont fait une revue des pratiques, restrictions et méthodes utilisées selon la feuille d’analyse post-événement. Cela a permis de valoriser les interventions fructueuses et en d’autres cas d’aider le personnel à améliorer ses pratiques.</p>
Quelles explications sont fournies pour la collecte d’informations ?	<p>Des statistiques sur les mesures de coercition et la violence ont permis d’orienter les pratiques à différents niveaux.</p> <p>La collecte d’informations a été menée à partir des registres informatisés de l’hôpital. Ont été récoltés : la durée mensuelle de l’isolement et de la contention ainsi que le nombre de jours où le patient s’est trouvé en isolement, contenu ou dans une chambre d’observation.</p> <p>Les détails concernant la violence physique ont également été récoltés par voie informatique à travers des observations modifiées en échelle d’agressivité du personnel, ainsi que de certains éléments supplémentaires utilisés depuis 1990 à l’hôpital ainsi que des évaluations annuelles du personnel. Les données ont également été vérifiées à partir d’autres registres.</p>
3. Sélection des participants ou objets d’étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population visée regroupe les patients hospitalisés dans l’Hôpital d’État Niuvanniemi de Kuopio. C’est un hôpital sécurisé accueillant des patients ayant une problématique de criminalité, mais également des patients civils ayant un trouble psychiatrique et des problématiques comportementales de violence. Il est à noter que 86% des bénéficiaires de soins sont des hommes dont 97% souffrent d’un trouble du spectre schizophrénique ou un trouble délirant.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Il est à noter que l’étude est conforme aux standards consolidés de notification des essais randomisés contrôlés.
Des critères d’inclusion, d’exclusion de l’échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Sur les 13 services de l’Hôpital de Niuvanniemi, quatre services ont été retenus, car ayant recours à l’isolement et la contention.
Est-ce qu’il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	<p>La répartition des participants est effectuée selon un échantillonnage probabiliste stratifié en grappe (aléatoire)</p> <p>L’étude comporte deux services qui ont servi de groupes contrôles et deux services ayant profité de l’intervention. Ces 4 services accueillent les patients souffrant de schizophrénie les plus résistants de Finlande.</p> <p>Il y a une répartition des patients en fonction de l’unité dans laquelle il se trouve. Afin d’éviter des comparaisons mal-équilibrées (entre les services utilisant peu vs beaucoup de mesures coercitives), la répartition des groupes s’est faite selon une stratification de l’utilisation par les services de telles mesures.</p> <p>Les nouveaux patients sont répartis dans les services par un docteur ne participant pas à l’étude.</p>
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les participants ont été sélectionnés parmi les patients de l’Hôpital Niuvanniemi à Kuopio.

Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Tous les patients des services observés durant la période définie ont été inclus afin d'avoir une vision globale de l'utilisation des mesures coercitives et du lien de celles-ci avec la violence.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Plusieurs mesures ont été proposées : <ul style="list-style-type: none"> - Afin d'évaluer les effets de l'intervention, le IRR est, <i>Incidence Rate Ratio</i>, est utilisé. Il permet d'évaluer la fréquence et la durée de trois paramètres suivants afin de comparer les groupes contrôles et interventions, le tout divisé en 100 jours-patients : isolement, contention ou chambre d'observation (le tout rapporté en jour-patient) ; le temps d'isolement ou de contention (en patient-heure) ; et la violence (nombre d'incidents de violence physique contre une personne, y compris autoagressivité). Le recensement du nombre de blessures des bénéficiaires de soins et du personnel durant l'année d'expérimentation versus les données de l'année précédente. - Effets du projet sur l'hôpital : afin d'évaluer les bénéfices et les inconvénients de ce projet, le IRR du temps mensuel d'isolement et de contention pour l'hôpital entier durant l'année d'information puis d'expérimentation a été comparé avec celui des années précédentes. Ont également été pris en compte, les raisons et la durée des absences maladies du personnel ainsi que les blessures tant des patients que de l'équipe soignante.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Pour le IRR concernant les effets de l'intervention, la récolte de données est mensuelle. En plus, la recension des blessures est annuelle. Pour les effets du projet sur l'hôpital, la récolte de données est annuelle.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	La cotation des outils n'est pas précisée.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Oui. La variable indépendante est évaluée selon une division en jour-patient, rapporté à 100 : nombre de jours d'isolement, contention ou observation ainsi que durée de mise en œuvre de ces mesures coercitives. La variable dépendante est mesurée en termes de nombre d'incidents de violence physique contre des personnes y compris l'autoagressivité.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'intervention a été basée sur le programme de formation de l'Institut National Exécutive d'Entraînement de 2003 et l'Association Nationale des Directeurs de Programme en Santé Mentale, mais aussi sur une publication collaborative entre l'Association Américaine de Psychiatrie et d'autres organisations de santé mentale. Le groupe de travail chargé de l'intervention n'était pas impliqué dans le service et ne participait pas à la prise en soins des patients. Les interventions sont décrites de manière précise dans le point 2.1.2, à la question de la procédure expérimentale.

Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Il y a de nombreuses rencontres soit quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles faisant intervenir le personnel, les superviseurs d'équipes, les membres du projet pilote ainsi que les patients.
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	Le taux d'incidence avec un intervalle de confiance de 95% a été calculé grâce à la distribution de Poisson. L'estimation du IRR a été calculée en utilisant le modèle de régression de Poisson ou lorsque cela était approprié, le modèle de régression négatif binomial.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Il n'y a pas de justification concernant le choix des analyses statistiques.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	<p>4 services de haute sécurité ont pris part à l'étude. Ces services sont considérés comme le dernier recours pour les hommes souffrant de maladies psychotiques ayant des antécédents de violence grave en Finlande.</p> <p>Les deux services participant à la condition expérimentale ont accueilli 1306 à 1400 jours-patients par mois pour un total de 50 lit (24 dans un service et 26 dans le second).</p> <p>Ceux-ci participant à la condition contrôle ont accueilli 930 à 1003 jours-patients par mois pour 38 lits (17 dans un service et 21 dans le second). Ainsi, dans l'ensemble, le pourcentage de lits occupés se monte à 95-98%.</p> <p>Pour la majorité, les patients étaient d'origine caucasienne et parlant finlandais, excepté un petit nombre d'origine asiatique.</p> <p>La moyenne d'âge de la condition expérimentale est de 40.2 ans avec un écart type de ± 10.6 ans ; pour la condition contrôle, elle est de 38.4 années ± 10.6.</p>
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	<p>On sait que l'étude s'est centrée sur les hommes, majoritaires dans ce type d'unité de soins.</p> <p>Les auteurs se sont concentrés sur les hommes souffrant de troubles du spectre schizophrénique ou d'un trouble délirant.</p> <p>Leur moyenne d'âge ainsi que leur origine est précisée ci-dessus.</p>
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	<p>En janvier 2008 tous les services ont été informés de la mise en place du projet ainsi que de la nécessité de diminuer l'utilisation de l'isolement et de la contention.</p> <p>Entre janvier et juin 2009, les chercheurs ont débuté leurs interventions. Ils se sont à nouveau rendus dans les services concernés entre juillet et décembre afin de poursuivre les interventions (stabilisations des interventions). C'est cette dernière période qui a été utilisée pour les mesures statistiques.</p>

2. Description des résultats

<p>Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0.05$) ?</p>	<p>Il y a une diminution significative du nombre de jours d'isolement, de contention et d'observation dans les services d'intervention, diminution de 30 à 15% ($p < 0.001$).</p> <p>À ce niveau, la différence entre les groupes contrôle et intervention est significative ($p < 0.001$).</p> <p>La durée de l'isolement et de la contention a diminué significativement de 110 à 56 heures pour 100 jours-patients dans les services expérimentaux ($p < 0.001$).</p> <p>Il y a une différence significative entre les statistiques de juillet et de décembre (début des interventions - fin des mesures) ($p < 0.001$)</p> <p>Il y a une diminution significative du temps annuel de contention et d'isolement.</p>
<p>Quels sont les autres résultats importants ?</p>	<p>Il est à noter que la durée de la contention et de l'isolement a augmenté de manière non significative dans le service contrôle, passant de 133 à 150 heures ($p = 0.24$).</p> <p>Le nombre de jours d'absences du personnel pour des blessures causées par les patients a diminué de 75 et 65% durant l'année d'information puis l'année d'intervention. Et la durée de l'absence a diminué de 80 à 82% passant de près de 9 jours à près de 2 jours.</p>

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

<p>Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?</p>	<p>Un résumé des résultats débute la discussion. Celle-ci précise qu'il est possible de diminuer l'utilisation de mesures coercitives sans pour autant constater une augmentation de la violence.</p> <p>Les auteurs mentionnent à nouveau que le nombre de jours-patient en isolement, contrainte ou observation a diminué significativement, de même que la durée de ces mesures coercitives, sans que l'on puisse mettre en évidence une recrudescence de la violence.</p>
<p>Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?</p>	<p>La recherche répond à la question de départ puisque les mesures mises en œuvre ont permis de réduire l'utilisation de moyens de contrainte sans que la violence augmente, y compris l'automutilation ou les blessures entre patients. De plus, la gravité de ces blessures a diminué, et celles du personnel sont restées mineures.</p>

2. Liens avec les autres auteurs

<p>Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)</p>	<p>Le lien entre diminution de l'utilisation des mesures de contrainte et la réduction du temps des absences pour maladie se rapproche d'autres études ayant également utilisé la stratégie de base en 6 points (LeBel & Goldstein, 2005 ; National Association of State Mental Health Program Directors, 2009).</p> <p>D'autres études ont pu démontrer qu'une évaluation des risques à court terme permet également de diminuer le taux de coercition dans les services de psychiatrie aiguë (Abderhalden et al., 2008 ; Van de Sande, 2011).</p>
---	---

3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Il a été remarqué que le nombre de jours d'absence lié à la formation de la gestion de la violence physique était supérieur au nombre de jours d'absence liés à des blessures entre personnel et patient. Les auteurs estiment donc que ces résultats suggèrent que l'entraînement à une telle formation peut également être dangereux et que cela doit être pris en compte dans les efforts de prévention.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Comme les auteurs le mentionnent, seulement 1/3 des isolements, contraintes est lié à la violence en Finlande, il est donc intéressant d'utiliser simultanément plusieurs stratégies afin de diminuer l'utilisation des moyens coercitifs afin d'améliorer la culture du service et ainsi favoriser les effets de l'intervention. Cette étude a semblé renforcer l'empowerment et la communication au sein des mentalités des patients, des infirmiers ainsi que des docteurs. Selon les auteurs, de tels résultats sont également transposables dans des services ayant des conditions moins extrêmes.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Les auteurs mentionnent notamment la complexité d'isoler complètement les services profitant de la condition expérimentale de ceux faisant partie de la condition contrôle. Les informations générales données en début de projet ont notamment pu concourir à une diminution du taux de coercition en sensibilisant les équipes à la nécessité de réduire l'utilisation de ces mesures. En effet, tous les services avaient été informés de l'étude et avaient été considérés comme des candidats potentiels pour la suite de cette recherche. En outre, des infirmiers participant au groupe de pilotage intervenaient dans différents services et l'étude était discutée ouvertement. Il est donc possible que l'effet de l'intervention soit sous-estimé. De plus, le nombre d'incidents reporté a peut-être augmenté en lien avec la feuille de suivi quotidien. Un devis RCT a paru important pour l'étude. Toutefois, il est complexe d'observer des unités psychiatriques suffisamment homogènes pour mettre en place un tel dispositif. Cela a pu être limité par une stratification des unités en fonction de leur taux d'isolement et de contrainte et en incluant uniquement les services accueillant les hommes les plus violents souffrant de schizophrénie en Finlande. Une année pour changer la culture du service est considérée comme trop peu par les auteurs.

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	La recherche a pu mettre en évidence qu'une diminution des mesures de contrainte est possible sans augmentation parallèle de la violence.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Il y a une possibilité de réduire l'utilisation de la contrainte et de l'isolement sans recrudescence de la violence dans la prise en soins de personnes souffrant de schizophrénie avec des antécédents de comportements violents au moyen de rencontres et de suivis réguliers de la contention dans le service.

Article 9

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit.
Thèmes abordés	L'évaluation d'une application électronique avec un protocole de prévention de l'agression intégré sur l'agression et les interventions restrictives dans une unité de santé mentale médico-légale.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre se réfère à la population d'une unité de soin de santé mentale médico-légale et la question soulevée est l'impact que peut avoir une application électronique sur l'agression et les mesures restrictives. Toutefois les auteurs ne précisent pas qu'ils se concentrent uniquement sur les femmes.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Tessa Maguire, Michael Daffern, Steven J. Bowe et Brian McKenna.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Tessa Maguire : Centre pour les sciences comportementales médico-légales, de l'université de technologie de Swinburne, et institut de santé mentale forensique de Victoria, soins médico-légaux Michael Daffern : Centre pour les sciences comportementales médico-légales, de l'université de technologie de Swinburne, et institut en santé mentale médico-légale de Victoria, soins médico-légaux. Steven J. Bowe : Faculté de la santé, unité biostatistiques, université Deakin, Melbourne, Victoria, Australia. Brian McKenna : Centre pour les sciences comportementales médico-légales de l'université de technologie, Swinburne et université de technologie d'Auckland, Auckland, New Zealand.
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Aggression, risk assessment, risk management et violence.
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	L'objectif de cette étude est de tester un nouveau protocole de prévention de l'agression conçu pour donner la priorité à des interventions moins restrictives dans une unité de santé mentale médico-légale aigüe. Pour cela une étude prospective quasi expérimentale a été menée afin de tester ce protocole lié à une application électronique d'évaluation dynamique de l'agression situationnelle (Dynamic Appraisal of Situational Aggression - DASA). Suite à l'introduction du DASA et du protocole de prévention des agressions, il a été constaté une réduction des agressions verbales, de l'administration de médicament Pro Re Nata = PRN (c'est-à-dire selon les besoins), du taux d'isolement et des contraintes physiques et mécaniques.

1.2 Introduction

1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de l'étude repose sur le fait que l'agression dans les unités de santé est une préoccupation importante tant pour les cliniciens, les patients, les familles, les soignants et les services concernés. Elle repose également sur des données statistiques concernant les pourcentages d'agression commis par les patients dans les unités de santé qui varie d'une étude à l'autre, mais qui restent toutefois élevés. Cette étude repose aussi sur les constats théoriques amenés par des études précédentes sur les conséquences négatives de l'agression tant pour le personnel (dommages physiques, psychologiques et émotionnels) que pour les patients (impact négatif sur les soins) et que sur le milieu thérapeutique. (Daffern et al. 2015 ; Foster et al. 2007 ; Lee et al. 2015 ; Needham et al. 2005 ; Royal College of Psychiatrists 2007).
--	--

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs expliquent que les recherches existantes concernant l'évaluation des risques et les interventions infirmières sont limitées et sont surtout concentrées sur la validité prédictive de diverses approches et instrument d'évaluation des risques avec peu de tentatives pour élucider et tester les interventions qui pourraient prévenir l'agression et réduire le recours aux interventions coercitives (Chu et al. 2013 ; O'Shea et al. 2014 ; Serper et al. 2005 ; Vitacco et al. 2009). De plus l'intégration de l'évaluation des risques et des stratégies de prévention de la violence a été négligée. Ils notent aussi que la majorité des études déjà réalisées concernaient majoritairement des patients de sexe masculin (de Vogel et al. 2016 ; Schaap et al. 2009). Les auteurs ont donc choisi d'investiguer les « lacunes » des recherches précédentes pour apporter de nouvelles données et pour voir si cette méthode peut aussi s'appliquer aux patients de sexe féminin. En effet, le risque d'actes d'agression dans ces unités de santé mentale aiguë pour femme est justifié par le fait que la violence est présente quotidiennement dans ces milieux de soins.
---	---

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Oui le plan est logique, bien détaillé, les auteurs expliquent pourquoi ils font cette recherche et se basent sur des données empiriques pour développer leur étude. Ils donnent des précisions sur les concepts abordés, sur leur façon de procéder et sur la méthodologie.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif de cette étude est d'examiner l'impact de l'application électronique de DASA (eDASA) et du protocole de prévention des agressions en ce qui concerne l'utilisation d'interventions conçues pour réduire l'agression, l'impact du comportement agressif et l'utilisation des interventions restrictives (isolement, contention physique et mécanique et l'administration de médicament PRN) et ce dans une unité de santé mentale aiguë pour femmes.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?

Non aucun modèle théorique ni cadre conceptuel n'a été utilisé.

Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs

Une des limites notamment présentées dans l'étude de (Ryan et al. 2010), est que l'évaluation des risques au sein des unités de santé mentale a été contestée, sur la base du fait qu'il n'a pas été démontré que ces mesures conduisent à une réduction des comportements agressifs.

Une autre limite est l'utilisation des instruments d'évaluation des risques en ce qui concerne leur adéquation aux patientes, car la plupart des instruments d'évaluation des risques ont été développés et testés sur des populations de patient masculin. Cela soulève donc des inquiétudes quant à la validité de ces instruments pour les patientes (de Vogel et al. 2016, Schaap et al. 2009). En ce qui concerne le DASA, l'étude de développement a inclus des patients masculins et féminins, cependant, les études ultérieures portant sur le DASA ont eu tendance à se concentrer sur les patients masculins (Chu et al. 2013 ; Voogt et al. 2013).

Une autre limitation critique de la recherche et de la pratique concerne l'absence de détails spécifiques sur les stratégies de prévention des agressions qui devraient être appliquées (Maguire et al. 2018). En effet le DASA ne fournit pas d'instructions pour l'intervention après l'évaluation.

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?

La variable indépendante correspond à l'impact de l'évaluation électronique DASA et dans la deuxième phase est ajoutée l'application du protocole de prévention.

Les variables dépendantes correspondent à l'agression et aux mesures restrictives.

Les variables de contrôle sont l'âge, les diagnostics et les dates d'admission.

Les variables importantes sont-elles bien définies ?	<p>Oui. Il est expliqué que l'outil électronique DASA est un instrument d'évaluation en sept points utilisé pour évaluer le risque d'agression imminent (dans les 24 heures à venir) et effectué sur une base quotidienne. Les sept items sont : l'irritabilité, l'impulsivité, la réticence à suivre les directives, la sensibilité à la provocation perçue, la colère facile lorsque les demandes sont refusées, les attitudes négatives et les menaces verbales. Les items sont notés 0 s'ils sont absents et 1 s'ils sont présents. Les scores sont ensuite totalisés et ce score donne une cote de risque : faible (0), modéré (1-3) ou élevé (4-7) (Maguire et al. 2017).</p> <p>Il est également précisé ce qu'est le protocole de prévention des agressions (fourni des recommandations structurées sur la manière et le moment (en fonction du niveau de risque suite à l'évaluation DASA) où des interventions infirmières pourraient être mises en place. Ce protocole est basé sur les résultats de Maguire et al. (2018) et met la priorité aux interventions qui empêchent l'agression de se produire. Celui-ci dépend du score DASA. Les diverses interventions proposées sont : soins infirmiers individuels, réassurance, techniques de distraction, discussions, établissement de limites, observations accrues, médicaments PRN.</p> <p>Les auteurs donnent également une définition de l'agressivité, mais pas des mesures restrictives.</p>
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	L'objectif de cette recherche est de voir si en utilisant l'outil DASA puis si en utilisant l'outil DASA et un protocole de prévention des agressions, il y a un impact sur le risque d'agressivité des femmes hospitalisées dans une unité médico-légale psychiatrique, et par conséquent une diminution des mesures restrictives.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>La variable indépendante est définie au travers du score DASA qui reflète une variable qualitative ordinale.</p> <p>L'agression est définie par une variable quantitative discrète.</p> <p>Le recours aux mesures restrictives est d'une part une variable quantitative discrète (nombre de fois) et d'autre part c'est aussi une variable quantitative continue (jours-lits occupés).</p>
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	L'hypothèse de recherche est qu'en appliquant le DASA et le protocole de prévention des agressions, il y aurait une diminution des agressions.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	C'est un devis quasi expérimental en deux phases.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui les auteurs mentionnent le devis et précisent les contours de l'intervention.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	<p>En ce qui concerne les infirmières, les règles éthiques sont respectées par le fait que toutes infirmières participant ont reçu une fiche d'information ainsi qu'un formulaire de consentement qu'elles ont rempli et signé.</p> <p>En ce qui concerne les patientes, une renonciation au consentement a été accordée par le directeur de l'unité, car l'examen s'est fait en aveugle et a approuvé l'accès au dossier des patientes en aveugle. La recherche a été menée conformément à la Déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale.</p>

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	<p>Ce devis quasi expérimental s'est déroulé en deux phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Phase préexpérimentale s'est déroulée du 1^{er} août au 26 septembre 2017, les infirmières ont évalué le risque d'agression avec l'application électronique DASA (comme c'était le cas avant l'étude) et ont mis en œuvre des interventions de prévention des agressions en fonction de leur expérience et de leur jugement clinique. 2. Phase expérimentale s'est déroulée du 9 octobre 2017 au 4 décembre 2017. Elle a eu lieu après que les infirmières aient reçu une formation sur le protocole de prévention des agressions. Elle comprenait l'application de l'outil électronique DASA et l'application du protocole de prévention des agressions. <p>Le DASA est évalué quotidiennement, vers l'heure de midi.</p> <p>Les deux phases ont comporté le même nombre de jours cependant, la phase deux a comporté moins d'observations du fait que l'unité a eu un taux d'occupation diminué.</p>
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Les chercheurs ont recensé les évaluations DASA qui avaient été réalisées dans l'unité observée.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population étudiée est très bien définie : ce sont les femmes hospitalisées dans une unité psychiatrique médico-légale. Elles ont un profil varié. Divers motifs sont évoqués pour une hospitalisation dans un tel service. Du fait qu'il n'existe pas d'unité subaiguë réservée aux femmes, l'unité de cette étude accueille des femmes à divers stades de leur rétablissement ; allant d'un état de santé mentale grave à une stabilité mentale et à des objectifs de transition.
Comment se réalise la sélection des participants ?	La sélection est faite d'un échantillonnage non probabiliste accidentel. En effet, la sélection pour cette étude s'est faite en prenant toutes les patientes présentes dans l'unité du 1 ^{er} août 2017 au 4 décembre 2017 ce qui correspond à 17 patientes.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont - ils ?	Seules les patientes admises dans l'unité pour femmes observée ont été incluses dans l'étude.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non, il n'y a pas une répartition des participantes en plusieurs groupes, car comme dit précédemment l'objet de l'étude est l'application de l'outil électronique DASA ainsi que l'application du protocole de prévention des agressions.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Toutes ont été incluses.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon (17 patientes) s'explique par le fait de la petite taille de l'unité dans laquelle l'étude a été menée.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Ils ont recensé la réalisation ou non du DASA ainsi que la présence d'événements agressifs via les dossiers patients.

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	La collecte des données s'est faite par l'examen à l'aveugle du dossier de patiente afin de recueillir des informations démographiques (âge, diagnostic, date d'admission), mais aussi pour déterminer si une évaluation DASA a été effectuée, si oui quel en était le score, tout acte d'agression survenu et toute intervention documentée pour agression. Cela s'est fait pour chaque jour des deux phases de l'étude.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Le DASA est validé et est recommandé par le National Institute for Clinical Excellence (NICE).
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Le comportement agressif a été codé au moyen de l'outil d'audit développé par le Royal College of Psychiatrists (2007).
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	Une première intervention est l'utilisation du DASA. L'autre intervention est l'application du protocole de prévention de l'agression. Il a été élaboré par les auteurs afin de remédier au flou concernant les interventions pratiquées à la suite d'un instrument de mesure du risque agressif (dans les études précédentes, il n'est pas clair comment les interventions sont mises en place ou non ni sur quelles interventions sont appliquées). Ce protocole est basé sur 2 études (Berner et La Lande, 2016 ; Maguire et al., 2018).
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Le DASA est mesuré quotidiennement, environ aux heures de midi. Ensuite une intervention est mise en place si le score DASA le nécessite.
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests,...)	Tout d'abord, une version adaptée de l'outil d'audit développé par le Royal College of Psychiatrists (2007) a été utilisée pour coder les catégories d'agression. Un autre outil utilisé est le Statistical Package for Social Sciences version 25 (SPSS Chicago IL, USA). Il a traité les données sur la santé des patientes qui ont été extraites de leur dossier. Pour les résultats binaires (DASA terminé : oui ou non) ainsi que la relation entre les deux phases de l'étude, les auteurs ont utilisé un modèle binaire d'équation d'estimation généralisée (GEE). Pour les résultats catégoriques ordinaux (scores DASA : faible/modéré/élevé), des régressions logistiques ordonnées à effet aléatoire ont été utilisées et ajustées pour tenir compte du regroupement des patientes. Des modèles linéaires à effets aléatoires ont été utilisés pour comparer les taux d'interventions restrictives et pour le temps moyen passé en isolement et en contention au cours des deux phases de l'étude.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Le modèle binaire d'équation d'estimation généralisée (GEE) a été utilisé, car il permet d'ajuster la nature corrélée des données. La justification des autres tests ne comprend pas plus de précision.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	L'échantillon se compose de 17 femmes. Seules 8 ont participé aux deux phases de l'étude.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Oui les auteurs précisent quels sont les diagnostics des patientes sur les deux phases de l'étude ainsi que les tranches d'âges et l'âge médian.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La collecte des données a eu lieu du 1 ^{er} août 2017 au 4 décembre 2017.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	Concernant l'évaluation des risques et les interventions infirmières, les résultats statistiquement significatifs sont : <ul style="list-style-type: none"> • le DASA a été réalisé plus souvent en phase une qu'en phase deux ($P=0,004$). • Une différence du nombre d'interventions entre la phase une et la phase deux : Il y a une association significative entre la phase de l'étude et le nombre d'interventions fournies, avec plus d'interventions documentées dans la phase deux ($P= 0,002$). • Il y a eu plus de distraction dans la phase deux que dans la phase une ($P= <0,000 1$). • Il y a eu plus de soins infirmiers individuels dans la phase deux que dans la phase une ($P= 0,000 1$). • Il y a eu plus de réassurance en phase deux qu'en phase une ($P= 0,008$). • Il y a eu moins de médicaments PRN donnés en phase deux ($P= <0,000 1$). • En phase il y a eu moins d'agressivité verbale ($P= 0,021$).
Quels sont les autres résultats importants ?	Même si ces résultats ne sont pas statistiquement significatifs il est intéressant de les relever : <ul style="list-style-type: none"> • Le taux global d'isolement pour 1000 jours-lit occupés était de 151,5 en phase une et à diminuer à 122,2 dans la phase deux. • Le taux d'événement de contention physique pour 1000 jours-lits occupés était de 539,9 en phase une et a diminué à 380,8 dans la phase 2.

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui et il contient les résultats les plus pertinents.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'étude montre que l'application du DASA et du protocole de prévention des agressions a un impact sur la diminution des mesures restrictives.

2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	<p>Il y a une similitude avec les études de Kawamoto et al. (2005) et Pengli et al. (2016) qui portent sur l'efficacité des systèmes d'aide à la décision clinique ont révélé des améliorations dans les processus de soins.</p> <p>Cette étude peut avoir encouragé le personnel à documenter les interventions infirmières alors que d'autres études ont constaté un manque de documentation (Hale et al. 1997 ; Instefjord et al. 2014 ; Kärkkäinen et al. 2005) ainsi que des difficultés à améliorer la documentation clinique dans la pratique (Dehghan et al. 2013). Il est spécifié que la documentation des interventions est importante, car elle permet de déterminer quels soins ont été prodigués parallèlement aux progrès du patient (Kelley et al. 2011) et l'amélioration de la documentation a été liée à l'amélioration des soins aux patients (Prideaux 2011 ; Sequist 2015).</p> <p>La diminution de l'utilisation de médicament PRN sans augmentation concomitante des l'agressivité est un résultat encourageant, car dans d'autres études (Bowers et al. 2015 ; Nicholls et al. 2009) l'administration de médicaments a été liée à l'agressivité d'autant plus que les preuves d'efficacité de médicament PRN en tant qu'intervention pour prévenir l'agression des patients hospitalisés sont limitées (Douglas-Hall et Whicher 2015). De plus les résultats actuels suggèrent également que d'autres interventions ont pu être proposées avant d'envisager la médication PNR, ce qui est recommandé comme meilleure pratique en raison des effets secondaires potentiels des médicaments (NICE) 2015).</p> <p>Finalement, le fait de donner la priorité à l'intervention précoce et de réserver les interventions plus restrictives Aux patients évalués à risque élevé peut avoir réduit les réactions hostiles des patients qui pourraient considérer les interventions restrictives comme excessives (Daffern et al. 2007 ; Lancee et al. 1995).</p>
3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	<p>Pour la pratique : il est recommandé de faire une évaluation DASA de manière plus régulière qu'une fois par jour.</p> <p>Pour la recherche : il sera important d'inclure des échantillons plus importants comportant des hommes et des femmes dans les services de psychiatrie légale et les services de santé mentale ordinaires.</p> <p>Il est recommandé d'augmenter la taille de l'échantillon afin d'améliorer le protocole et l'application des interventions.</p>
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Une évaluation des risques au moyen du DASA permet de diminuer l'utilisation de mesures restrictives.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Le petit nombre de l'échantillon est une limite à cette étude. Un biais de cette étude est qu'elle s'est appuyée sur la documentation des interventions issue des dossiers or il est possible que des interventions aient été mise en place et non renseignées.

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les résultats suggèrent que l'évaluation quotidienne avec le DASA ainsi que l'apport de conseils sous forme de protocole de prévention de l'agression peuvent être utiles pour réduire les interventions restrictives y compris l'administration de médicament PRN et de diminuer l'agression verbale.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Comme dit précédemment, l'application d'une évaluation de risque d'agressivité avec l'outil électronique DASA et l'application du protocole de prévention des agressions diminuent l'agressivité verbale et les interventions restrictives.

Article 10

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards : The Safewards cluster randomised controlled trial
Thèmes abordés	Diminution des conflits et des mesures de contraintes dans les services de psychiatrie aiguë en utilisant la méthode Safewards
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui, les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie aiguë
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Len Bowers, Karen James, Alan Quirk, Alan Simpson, SUGAR, Duncan Stewart, Jonh Hodsoll
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Len Bowers, Karen James, Duncan Stewart et John Hodsoll : institut de psychiatrie, Collège Royal à Londres, Royaume – Uni Alan Quirk, Collège Royal de psychiatrie, Londres, Royaume – Uni Alan Simpson et SUGAR : université de la ville de Londres, Royaume — Uni
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Absconding, inpatient, psychiatry, rapid tranquilisation, restraint, seclusion, self harm, special observation, violence
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Objectif : Tester l'efficacité des interventions de la méthode Safewards Méthodologie : Essai contrôlé randomisé Résultats : Dans le groupe expérimental, l'intervention a permis de réduire le taux de conflits de 15 % par rapport au groupe contrôle. Le taux d'isolement pour le groupe expérimental a été réduit de 26,4 %.

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Oui, les chercheurs mettent en avant un manque de données sur ce sujet. Il n'existe pas d'étude randomisée contrôlée d'interventions antérieures qui visent à diminuer le conflit ou à le contenir dans son ensemble, idem pour les comportements individuels de conflit ou les événements d'isolement. Il y a beaucoup d'études avant et après des interventions dans la pratique, qui sont le plus souvent locales et sans contrôle. Il y a beaucoup d'études observationnelles et descriptives. Des analyses narratives sont également disponibles, surtout au sujet de la violence, de l'isolement et de la contrainte mécanique. Elles suggèrent notamment que les taux de conflit et d'isolement pourraient être influencés par le comportement du personnel, mais les preuves sont faibles et de mauvaise qualité.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Les auteurs expliquent qu'il est possible de réduire les conflits et la contrainte, ce qui rend les services plus sûrs et moins coercitifs pour les patients et le personnel. Le modèle Safewards est soutenu et devrait être soumis à des tests supplémentaires. Les 10 interventions de ce modèle doivent maintenant être mises en œuvre dans la pratique.
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Le plan n'est pas précisé dans l'introduction. En parcourant l'article, nous constatons qu'il y a des titres clairs qui permettent de comprendre clairement le plan.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Objectif : évaluer l'efficacité d'une intervention complexe (Safewards), destinée au personnel infirmier, afin de réduire les conflits et les taux d'isolement dans les services de psychiatrie de soins aigus.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non aucun modèle théorique ni cadre conceptuel utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Des recherches antérieures ont montré des taux variables de contrainte et d'isolement dans différents services, ce qui ne peut pas être mis en lien uniquement avec les diagnostics des patients admis (Bowers, 2009)

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Les variables dépendantes : nombre d'incidents (conflit ou isolement) par équipe grâce à une checklist, un questionnaire pour évaluer les attitudes face aux troubles de la personnalité, une échelle d'antipathie pour l'automutilation, une échelle pour mesurer l'ambiance de service ainsi que le SF-36v2 La variable indépendante : fidélité du modèle Safewards Variable de contrôle : données démographiques des participants et des patients.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les variables dépendantes sont quantitatives continues. La variable indépendante est quantitative continue.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Évaluer l'efficacité d'une intervention complexe (Safewards), destinée au personnel infirmier, pour réduire les conflits et les taux d'isolement au niveau des services psychiatriques de soins aigus.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	La variable dépendante est précisée. Les auteurs mentionnent des « covariables » qu'ils décrivent précisément (phase d'étude (base, mise en œuvre et résultat), le traitement (intervention ou contrôle Safewards), les moments du service (matin, après-midi ou nuit), le jour de la phase d'étude (centré) et le journal du nombre de lits par service à utiliser comme compensation.)
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Le modèle Safewards prévoyait que l'amélioration de la santé physique n'aurait pas d'impact sur les conflits et les contraintes.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	C'est un essai contrôlé randomisé en grappes
Le devis est-il bien détaillé ?	Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en grappes
De quelle façon les règles éthiques sont — elles respectées ?	L'approbation éthique du National Health Service a été obtenue.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Oui, le RCT est un devis reconnu, les détails de l'intervention expérimentale sont visibles ci-dessous.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Une fois que le personnel a été recruté, il a été formé à l'utilisation du PCC et la collecte de données sur les résultats primaires a continué tout au long de l'étude. Les données de base ont été collectées pendant huit semaines, et les services ont ensuite eu huit semaines supplémentaires pour appliquer le programme qui leur avait été attribué. Ils ont ensuite continué à utiliser les interventions pendant huit semaines supplémentaires ensuite les résultats des questionnaires ont été recueillis une deuxième fois pendant la période de base et répétée pendant la période de résultats. Tous les services ont été visités plusieurs fois par semaine tout au long de l'étude par des chercheurs, afin qu'ils puissent récupérer et distribuer les questionnaires, ils encourageaient la participation de l'équipe pour planifier l'introduction des interventions et répondre aux questions.

3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	Oui, ce sont les patients hospitalisés dans les services de psychiatrie aiguë.
Comment se réalise la sélection des participants ?	Tous les sites hospitaliers se trouvant dans un rayon de 100 km du centre de Londres et comportant au moins deux services éligibles ont été identifiés. Trois sélections au hasard ont été effectuées (I-hôpitaux, II deux services dans chaque hôpital, III affectation à l'expérimentation ou au contrôle). Dans chaque cas, une simple randomisation a été utilisée pour le processus de sélection des membres du personnel.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont — ils ?	Critères d'inclusion : services de soins de psychiatrie aiguë pour les adultes de tout sexe. Critères d'exclusion : si les services avaient une fonction de spécialiste, s'ils avaient prévu des changements majeurs ou si deux ou plusieurs des critères suivants étaient remplis : aucun chef de service permanent en poste, un consultant suppléant uniquement responsable des soins aux patients hospitalisés, un taux de personnel infirmier supérieur à 30 %.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Oui, elle s'est réalisée en simple randomisation par le membre du personnel désigné à l'unité d'essais cliniques du King's College.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	La sélection des services est faite sur une base volontaire.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon a été basée sur les données de l'étude City-128 (Bowers, 2009), extrapolées à un scénario d'essai complet par simulation, alimenté pour deux résultats primaires par l'ajustement de Bonferroni. Un Objectif de 15 hôpitaux (30 services) a été fixé pour l'étude.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Oui. Les données ont été analysées à l'aide du progiciel MCMCglmm package in R.2.15 (Hadfield, 2010). Les événements ont été comptabilisés grâce à une checklist (PCC). Des mesures secondaires ont également été faites, notamment pour évaluer les changements qui pouvaient être attendus suite aux interventions mises en place. : Attitude to Personality Disorder Questionnaire, Self-harm Antipathy scale, Ward Atmosphere scale et pour le groupe contrôle : SF-36v2.

<p>Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?</p>	<p>Le Patient-staff Conflict Checklist (PCC) (Bowers et al., 2005) a été rempli par l’infirmière en charge à la fin de chaque service et enregistre la fréquence de 22 types d’événements conflictuels et de 8 utilisations de la contrainte. Ces événements sont enregistrés au niveau de l’équipe, et non du patient individuellement. Un score total d’incident de conflit est obtenu en additionnant le nombre d’incidents pendant le service et un score total de contrainte est également obtenu en additionnant le nombre d’événements de contrainte.</p> <p>D’autres questionnaires ont été utilisés, notamment : Attitude to Personality Disorder Questionnaire (Bowers & Allan, 2006), Self-harm Antipathy scale (Patterson et al., 2007), Ward Atmosphere scale (Moos, 1974) et SF-36v2 (Ware et al., 2002). Ces échelles additionnelles sont représentatives des changements qui pourraient être espérés grâce à l’utilisation de la méthode Safewards. Le SF-36v2 a été inclus afin d’évaluer l’impact de l’intervention du groupe contrôle. La fidélité de l’étude a été vérifiée par une checklist qui était remplie par les chercheurs après chaque visite dans les services. Ils ont été distribués au personnel consentant par courrier interne ou en personne.</p>
<p>Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont — elles ?</p>	<p>Des précisions ont été données uniquement sur la cotation du PCC. Sa fiabilité a été démontrée (Bowers et al., 2006) et validée (Bowers et al., 2005).</p>
<p>Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?</p>	<p>Oui, les variables sont décrites comme visibles ci-dessus.</p>
<p>5. Intervention ou programme (si applicable)</p>	
<p>Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?</p>	<p>Pour le groupe d’intervention il s’agit d’utiliser le modèle Safewards qui regroupe 10 actions : 1. normes comportementales 2. brefs conseils sur la gestion des points chauds 3. Un modèle de dé-escalade utilisé par le meilleur désescaladeur du service pour développer les compétences des autres soignants. 4. Obligation de dire quelque chose de positif sur chaque patient lors des transmissions de changement d’équipe. 5. Intervenir rapidement pour parler des mauvaises nouvelles reçues par le patient. 6. Des informations personnelles partagées entre le personnel et les patients (par exemple goûts musicaux, etc.) 7. Rencontre régulière avec les patients pour renforcer le soutien interpatient. 8. Outils de distraction et de modulation sensorielle pour les patients agités. 9. Explications rassurantes après des incidents effrayants. 10. Affichage de messages positifs sur le service de la part de patients sortis de l’hôpital.</p> <p>Pour le groupe contrôle, diverses interventions ont été mises en place afin d’améliorer la santé physique du personnel. Une affiche d’exercice de bureau est affichée, des compétitions basées sur des podomètres, des collations saines, une évaluation du régime alimentaire et un retour d’information individuel, des magazines de santé et d’exercices, de la documentation sur la promotion de la santé, des liens avec les installations de sport et d’exercice.</p>
<p>Comment l’intervention est-elle appliquée ?</p>	<p>Les participants ont eu 8 semaines pour appliquer les interventions qui leur étaient attribuées et encore 8 semaines supplémentaires pour mettre en œuvre toutes les interventions.</p>

6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests,...)	Le premier élément analysé était de comptabiliser le nombre de conflits et d'événements de contrainte par changement de service (matin, après-midi, nuit) qui ont été collectés pendant les phases de l'étude : données de base, implémentation et résultats. Si la distribution des événements dans les données avait des périodes sans événement, ils ont utilisé le modèle de données avec un « Poisson hurdle mixed model ». Les données étaient principalement comptabilisées avec une distribution Poisson. Les estimations du ratio de taux de l'effet du traitement sont présentées avec l'intervalle de crédibilité bayésien à 95 % et la statistique p associée.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Oui, les méthodes d'analyses sont décrites en lien avec le but pour lequel elles sont utilisées.

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	31 services ont été recrutés pour l'étude, 16 ont été assignés à l'intervention Safewards, et les 15 autres services ont été affiliés aux interventions en lien à la santé physique. Le nombre moyen de lits par unité était de 19 (SD : 3,96) et la plupart étaient des services de soins aigus généraux avec trois services de triage et quatre unités de soins intensifs psychiatriques. Aucun service n'a abandonné l'étude une fois recrutée.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Patients féminins et masculins, dont dix hommes et cinq femmes. La tranche d'âge du personnel était de 40 à 49 ans. Une minorité était de race blanche et la plupart étaient des femmes.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	Le taux de réponse pour le résultat primaire était moins élevé que prévu, avec moins de 50 % des formulaires PCC retournés dans la phase de résultats. Le taux de retour variait en fonction des services. Le taux des données manquantes était à peu près le même pour le groupe contrôle et le groupe d'intervention. L'étude a été menée sur une période de 3 mois.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	Pas de résultats significatifs pour le groupe d'intervention.
Quels sont les autres résultats importants ?	L'intervention Safewards a permis de réduire le taux de conflit de 15 %. Lorsque des événements d'isolement se sont produits, le taux d'événement d'isolement a été réduit de 26,4 %.

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, ils expliquent que le modèle Safewards a permis de réduire le conflit et l'isolement.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	L'objectif était de tester un ensemble d'interventions visant à accroître la sécurité et réduire la coercition. L'étude et l'intervention expérimentales se sont avérées efficaces pour réduire le conflit et l'isolement.

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences..)	<p>Les services de psychiatrie aiguë sont des environnements très fréquentés et chaotiques, avec une rotation constante des patients et de grandes équipes d'infirmiers et d'autres professionnels travaillant par roulement sept jours sur sept (Clearly et al. 2011) et donc leur demander de mettre en œuvre dix interventions au sein de toute l'équipe et sur une période de huit semaines était une démarche énorme. Une période plus longue aurait permis un plus grand degré de mise en œuvre des interventions. Une meilleure attitude envers les patients pourrait être le résultat d'une diminution des comportements difficiles des patients, certaines recherches ont indiqué que cela était plus probable (Bower et al., 2007 ; Kellam et al., 1966). Les interventions expérimentales ne constituaient pas un contrôle complet des interventions en matière de santé physique, car le personnel des unités expérimentales n'était pas censé s'attendre à une amélioration de sa santé à la suite des changements de pratiques, mais le résultat suggère qu'il peut y avoir une vraie valeur de santé au travail dans des interventions de promotion de la santé légères, mais efficaces auprès du personnel, pour lesquels il existe d'autres preuves (Dugdill et al., 2008)</p> <p>La diminution des conflits signifie moins de blessures pour les patients et le personnel dus à la violence, à l'automutilation, au suicide, etc., une meilleure expérience pour les patients en raison de l'utilisation moins fréquente de la force et de la coercition par le personnel, y compris les procédures à haut risque tels que la contention manuelle (Paterson et al., 2003), et une libération significative du temps du personnel, qui n'a plus à gérer les conflits et à les contenir, pour des activités plus positives et productives (Flood et al., 2008).</p>
--	---

3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	L'ambition de l'étude est que les organisations de soins de santé utilisent le modèle Safewards comme un mécanisme pour poursuivre leurs efforts d'amélioration de la sécurité et de réduction de la coercition, et à cette fin, Safewards a déjà été recommandé dans la politique (Department of Health, 2014). L'applicabilité et l'efficacité dans d'autres services et dans d'autres pays devraient être testées.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Les résultats des interventions Safewards peuvent s'appliquer à différents types de service similaires. Les chercheurs recommandent d'utiliser le modèle Safewards dans les services de santé mentale aigus pour adulte, car les résultats de cet essai montrent que les gains pour les patients et le personnel peuvent être importants. Une évaluation de bonne qualité est conseillée dans les endroits où Safewards est utilisé.

4. Limites de la présente étude

Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	<p>Cette étude a eu un taux élevé de données manquantes, malgré les passages réguliers des chercheurs dans les services. Tous les membres du service ne se sont pas sentis de remplir le PCC en fin de service. Les questionnaires de fin d'étude étaient positifs, mais le nombre de ces questionnaires représentait un taux faible de réponse et le risque de biais vers une fidélité exagérée était élevé. Il est possible que certains résultats positifs de la recherche soient dus à une plus grande attente de changement de la part du personnel des groupes expérimentaux. L'étude ne permet pas de dire quelle serait la durabilité des interventions expérimentales à plus long terme, et sans le soutien des chercheurs.</p> <p>L'emplacement de l'étude au Royaume-Uni peut être une limitation.</p>
---	---

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Pas de conclusion, mais l'objectif de la recherche qui était de mettre en place des interventions pour diminuer les mesures de coercition a été réalisé.
---	--

2. Principaux résultats

Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Aucun résultat statistiquement significatif pour le groupe d'intervention. Une diminution remarquable de l'utilisation de l'isolement a diminué.
--	--

Article 11

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards : Impact on seclusion rates and fidelity measurement
Thèmes abordés	Confinement, modèle « <i>Safewards</i> »
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre se rapporte à la problématique de l'isolement ainsi qu'à l'utilisation d'un modèle permettant vraisemblablement d'y faire face. Il ne donne cependant pas plus de détails.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Justine Fletcher, Mathew Spittal, Lisa Brophy, Holly Tibble et Stuart Kinner de l'École de la Population et de la Santé Globale de Melbourne à l'Université de Melbourne. Lisa Brophy est également rattachée à Mind Australia (un service communautaire de santé mentale). Aussi, Stuart Kinner fait partie de l'Institut de Recherche pour Enfants Murdoch et de l'École de Santé Publique et de Médecine Préventive de l'Université Monash à Melbourne dans le Victoria, mais encore de l'Institut de Criminologie Griffith et Institut de Santé Menzies du Queensland à l'Université de Griffith à Brisbane dans le Queensland. Steve Elsom et Bridget Hamilton qui sont assimilés à l'École des Sciences de la Santé de l'Université de Melbourne à Melbourne dans le Victoria en Australie.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Aggression, Mental Health Service, Mental Illness, Psychiatry, Safewards, Seclusion
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'implémentation du modèle <i>Safewards</i> (~sécurité) sur le taux d'isolement dans un service hospitalier de santé mentale en Australie.</p> <p>Selon un modèle avant-après (pre-, post-test), avec un groupe contrôle, treize services ont pris part à l'étude pour un essai d'une durée de 12 semaines avec un suivi sur une année.</p> <p>Les données sur l'isolement ont été analysées, et la fidélité de l'adhésion au modèle mesuré.</p> <p>Le taux d'isolement a diminué de 36% grâce au modèle <i>Safewards</i> durant l'année de suivi. La mesure de la fidélité a mis en évidence une augmentation de l'utilisation de ce modèle durant la période d'analyse. Ces résultats suggèrent que le modèle est approprié pour un changement de pratique et est efficace pour réduire le taux d'isolement.</p>

1.2 Introduction

1. Pertinence

<p>Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?</p>	<p>Les services de santé mentale au niveau internationale subissent une pression croissante pour le traitement de personnes avec les symptômes les plus aigus de la maladie mentale (Allison & Bastiampillai, 2015 ; Foster et al., 2007 ; Green & Griffiths, 2014).</p> <p>Des niveaux élevés de détresse, d'agitation, de comportement agressifs ainsi que l'utilisation de mesures restrictives afin de gérer l'agressivité sont ainsi devenus le focus de recherches et changements légaux dans le monde (Bowers, 2014 ; Brophy et al., 2016 ; LeBel et al., 2014 ; McSherry, 2008).</p> <p>Dans un contexte de traitement involontaire, un patient expérimentant une phase aiguë d'une maladie mentale grave peut communément se sentir en détresse et ainsi montrer un comportement agité qui peut occasionnellement amener à de l'agressivité verbale ou physique envers soi, autrui ou un objet, mais aussi à la fuite (Bowers et al., 1999 ; Dumais et al., 2011).</p> <p>Le niveau élevé de conflit et de mesures restrictives dans les services de santé mentale représente un problème depuis deux décennies tant en Australie que dans le monde (Australian Human Rights Commission, 1993 ; Boumans et al., 2015 ; LeBel et al., 2014 ; Oster et al., 2016).</p> <p>Des changements de politiques, des initiatives cliniques ainsi qu'un nombre croissant de recherches ont pour but d'améliorer les interventions infirmières en matière de conflit et réduire le recours aux mesures restrictives (Boumans et al., 2014 ; Van de Sande et al., 2013 ; Wharewera-Mika et al., 2016).</p> <p>En Australie, en 2016, 58% des hospitalisations n'étaient pas souhaitées par le patient lui-même. La longueur moyenne du séjour est de 9.6 jours ce qui suggère que les BDS sont hospitalisés seulement durant la phase la plus aiguë de la maladie (Victorian Department of Health and Human Services, 2016).</p> <p>Les interventions restrictives sont utilisées depuis longtemps par le personnel de soins pour faire face aux conflits, et l'isolement est particulièrement utilisé en Australie (Happell & Harrow, 2010 ; Oster et al., 2016).</p> <p>La réduction de l'utilisation de mesures restrictives est une priorité nationale en Australie.</p> <p>L'utilisation de l'isolement n'est pas reconnue par les chercheurs comme thérapeutique, mais est plutôt liée à des conséquences négatives tant pour les patients que pour le personnel (Sailas & Fenton, 2000 ; Victorian Government Department of Health, 2013). Les BDS rapportent un sentiment de détresse, de colère ou d'anxiété considérant que leurs droits humains ont été bafoués ou soient à nouveau traumatisés lorsqu'ils ont des antécédents d'abus (Bowers et al., 2003 ; Brophy et al., 2016). En outre, un sentiment de détresse est également ressenti par les patients témoins de l'isolement (Bowers et al., 2003). De plus, le recours à de telles mesures à un coût important en termes de temps du personnel (Bowers et al., 2003 ; Victorian Government Department of Health, 2013).</p> <p>Il y a donc une volonté de réduire à un minimum absolu le recours à ces pratiques restrictives de la part des patients ayant souffert de l'isolement, des membres de leur famille et amis, des professionnels de la santé mentale ainsi que des organismes de défense des droits humains (Brophy et al., 2016 ; Keski-Valkama et al., 2007 ; Kinner et al., 2016 ; McSherry, 2008)</p> <p>Depuis 2006, il y a un focus national en Australie pour la réduction de l'utilisation des mesures coercitives (Commonwealth</p>
---	--

	<p>of Australia, 2009). Ainsi, les taux de recours à ces pratiques ont déjà diminué de 11% en 5 ans ce qui est le résultat de changements politiques et législatifs.</p> <p>Des efforts ont été faits dans le but d'identifier les sources de conflits qui participent à l'utilisation des mesures restrictives (Bower & Crowder, 2012 ; Bowers et al., 2011 ; Stewart et al., 2012).</p> <p>Pour réduire l'utilisation de ces mesures, des interventions multifactorielles sont requises (Gaskin et al., 2007).</p>
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	<p>Les auteurs expliquent l'originalité par le fait que malgré de nombreuses mises en œuvre à l'échelle internationale, peu d'études font le bilan des mesures prises (LeBel et al., 2014).</p> <p>Il en va de même pour des recherches de méthode de changements de pratique et les interventions privilégiées qui pourraient ainsi davantage soutenir cette réduction (Brophy et al., 2016).</p> <p>Les précédentes études ont été limitées par le fait qu'elle ne considérait à l'isolement qu'un seul motif soit l'auto-agressivité ou la fugue.</p>
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Il n'y a pas de plan. Toutefois, en parcourant l'article, on peut remarquer que son déroulé est facile à identifier au moyen des titres et sous-titres mis en évidence.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	<p>Cette présente étude a pour objectif d'investiguer l'impact de l'utilisation du modèle <i>Safewards</i> sur le taux d'isolement, cela en comparant le recours à cette mesure restrictive dans des services utilisant ce modèle et d'autres services faisant office de groupe contrôle.</p> <p>Il y a 2 questions de recherche : est-ce que le taux d'isolement dans le groupe expérimental est différent du taux d'isolement dans le groupe contrôle avant, pendant et après l'expérience ? Est-ce qu'il y a une corrélation entre la fidélité à l'intervention et le taux d'isolement dans les services expérimentaux ?</p>

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Il n'y a pas de modèle théorique ou de cadre conceptuel utilisé dans cette étude.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	<p>Il y a de nombreuses mises en œuvre de stratégies pour réduire l'utilisation des mesures restrictives à l'échelle internationale, toutefois, peu d'études en font le rapport. (LeBel et al., 2014).</p> <p>Il en va de même pour des recherches de méthode de changements de pratique et les interventions privilégiées qui pourraient ainsi davantage soutenir cette réduction (Brophy et al., 2016).</p> <p>Dans le RCT menant au Royaume-Uni avec le modèle <i>Safewards</i>, les auteurs de cette étude mettent en évidence un manque de suivi à long terme, un aveuglement des chercheurs, un manque de fidélité à l'intervention (Bowers et al., 2014 ; Mustafa, 2015).</p>
--	--

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche

Quelles sont les variables importantes ?	<p>La variable indépendante correspond à la fidélité du recours au modèle <i>Safewards</i> et à ses 10 interventions.</p> <p>La variable dépendante correspond au taux d'isolement.</p>
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Oui. Les variables sont décrites de manière précise comme visible ci-dessous.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	<p>Cette présente étude a pour objectif d'investiguer l'impact de l'utilisation du modèle <i>Safewards</i> sur le taux d'isolement, cela en comparant le recours à cette mesure restrictive dans des services utilisant ce modèle et d'autres services faisant office de groupe contrôle.</p> <p>Il y a 2 questions de recherche : est-ce que le taux d'isolement dans le groupe expérimental est différent du taux d'isolement dans le groupe contrôle avant, pendant et après l'expérience ? Est-ce qu'il y a une corrélation entre la fidélité à l'intervention et le taux d'isolement dans les services expérimentaux ?</p> <p>Les auteurs visent un taux de fidélité de 70% à la fin de l'expérimentation.</p>
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	<p>La variable indépendante est mesurée au moyen de la checklist de fidélité. C'est un outil de vérification bref et standardisé. Celui-ci a été modifié pour la récolte de données sur les 10 interventions implémentées dans les services. Cette Checklist a été utilisée à 4 reprises pour mesurer la fidélité globale par site.</p> <p>La variable dépendante est mesurée via les données départementales sur la santé mentale qui sont disponibles dans l'interface de management du client. Les chercheurs ont eu accès aux données d'admission anonymisées et les événements d'isolement, ainsi que le nombre de lits disponibles. Ces données ont permis de standardiser le taux d'isolement par service en lien avec la taille du service ainsi que l'occupation.</p>
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les auteurs postulent qu'il y aura un lien probable entre l'implémentation du modèle et le taux d'isolement.

2. Devis

Quel est le devis de l'étude ?	C'est une étude quasi expérimentale (car pas de répartition aléatoire) de type longitudinal (mesures répétées) sur une tendance (taux d'isolement et de fidélité). Concrètement, il s'agit d'un devis avant-après avec groupe témoin non équivalent selon les auteurs. Toutefois, comme plusieurs mesures ont été prises, on peut penser à un devis à séries temporelles (Fortin & Gagnon, 2016).
Le devis est-il bien détaillé ?	Le devis est précisé par les auteurs : étude avant-après avec groupe de comparaison
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Les auteurs ont obtenu pour cette recherche l'approbation du Sous-comité d'éthique humaine de l'Université de Melbourne ainsi que du Multi-site éthique de recherche humaine de Victoria.
Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Afin de former les infirmiers qui éduqueront à leur tour leurs collègues, le Département des Services Sociaux et de Santé de Victoria a convié les services concernés par l'intervention à trois sessions de formation pour leurs formateurs locaux. Le but est d'entraîner et d'enseigner le modèle localement pour 75% des équipes de soins.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Au total, 44 services ont été inclus dans l'étude : 13 services expérimentant le modèle et 31 services pour la condition contrôle.

3. Sélection des participants ou objets d'étude

Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population visée concerne les patients des services de santé mentale en Australie, dans le district de Victoria. Les services pour adultes et adolescents sont considérés. Les auteurs ne donnent pas plus de précision
Comment se réalise la sélection des participants ?	La sélection des services participants pour la condition expérimentale se fait sur une base volontaire.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Oui. Les chercheurs ont exclu les services d'âge avancé et les unités de soins avec sécurité étendue pour des raisons d'homogénéité, car ceux-ci avaient déjà un taux d'isolement nul ou quasi nul.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Il y a deux groupes : un groupe contrôle et un groupe expérimental. La répartition par groupe n'est pas précisée, toutefois, on sait que les groupes expérimentaux se sont présentés sur une base volontaire.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	La sélection des services s'est effectuée sur une base volontaire, avec quelques critères d'exclusion. On peut donc penser à un échantillonnage intentionnel homogène.
Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon n'est pas justifiée.

4. Choix des outils de collecte d'information

Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Oui. Les instruments de mesure sont décrits précisément. Il s'agit de la checklist de la fidélité d'une part et d'autre part une standardisation du taux d'isolement en regard de la grandeur du service et du taux d'occupation.
--	---

Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Pour la checklist de fidélité, 4 mesures sont effectuées à raison de 30 à 60 minutes par visite : mars 2015 (T1), mai 2015 (T2), après implémentation en juin 2015 (T3) et mars 2016 (T4). Les données issues de l'interface de management des clients (CMI) ont été récoltées durant 15 mois, avec une première mesure trois mois avant l'implémentation du modèle <i>Safewards</i> et la dernière mesure 12 mois après le début de l'intervention.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? quelles sont-elles ?	Les données issues du CMI ont été groupées en trois phases : avant l'intervention - 1 décembre 2014 au 28 février 2015, après l'intervention - 1 ^{er} juin au 31 août 2015 et encore en août 2016. La méthode de calcul pour le nombre d'isolements par 1000 jours-lits occupés est fiable : elle est recommandée par Bowers (2000) et en accord avec le Gouvernement victorien (Institut Australien pour la Santé et le Bien-être, 2014). Les données concernant la fidélité à l'intervention ont mesurées de telles manières : chaque intervention est enregistrée comme présente ou non et codifiée sur un score minimum de 10 pour un total de 100 pour le modèle. Les changements dans la fidélité ont ainsi pu être mesurés en 4 points.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Au niveau de la variable dépendante, des informations sont récoltées sur les caractéristiques des services et le taux d'isolement pour tous les services (contrôle et expérimental). Pour les analyses, le nombre de lits opérationnel disponible par mois pour chaque service a été utilisé afin de calculer le nombre d'isolements par 1000 jours-lits occupés. Celle-ci est finalement définie par le nombre d'épisodes d'isolement dans chaque service à chaque mesure et le taux d'occupation a été utilisé comme mesure compensatoire.
5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	L'intervention consiste à l'implémentation du modèle <i>Safewards</i> qui consiste en 10 interventions visant à éviter les conflits et donc éviter l'isolement il s'agit de : 1 : attentes mutuelles claires, 2 : mots apaisants (« <i>soft</i> »), 3 : <i>Talk down</i> (approche de désescalade structurée), 4 : transmissions positives, 5 : atténuation des mauvaises nouvelles, 6 : se connaître les uns les autres, 7 : réunion d'aide mutuelle, 8 : méthode d'apaisement, 9 : rassurer, 10 : témoignages de sortie
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Il y a formation en 3 rendez-vous des infirmiers référents qui pourront à leur tour former localement les équipes pour atteindre un taux de 75% de formation dans les équipes. Il y a ensuite une période d'entraînement de 12 semaines accompagnée par un suivi sur une année.
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests, ...)	L'analyse du taux d'isolement et la comparaison entre services avant et après l'intervention ainsi que durant la période de suivi ont été mesurées au moyen d'une régression négative binomiale. La fidélité à l'intervention a été représentée de manière graphique avec les taux d'isolement. Le logiciel utilisé est Stata v14.0.

Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	Ensuite, les auteurs ont modélisé leur stratégie pour s'ajuster à l'interaction entre la phase d'essai et l'exposition au modèle <i>Safewards</i> (pour les services expérimentaux et contrôles). Comme une interaction significative a été mise en évidence ($p=0.04$), les auteurs ont décidé de le modéliser sous une forme stratifiée, car plus facile à interpréter. La représentation graphique de la fidélité et de l'isolement permet d'évaluer la relation entre ces deux éléments. Les coefficients ont ensuite été transformés en Incidence Rate Ratio (IRR) pour faciliter l'interprétation.
---	--

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Les caractéristiques de l'échantillon ne sont pas détaillées, car la recherche se centre sur le service. Toutefois, on sait que dans leurs statistiques, les auteurs ont précisé qu'ils incluaient des services pour adultes et pour adolescents.
Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Il n'y a pas plus de précisions sur les participants.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	L'étude a été réalisée entre mars 2015 et avril 2016, puis la dernière mesure a été réalisée en août 2016.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0.05$) ?	Il y a une interaction significative entre la période d'essai et la période d'exposition au modèle <i>Safewards</i> (pour les services contrôles et expérimentaux) ($p=0.04$). Dans les services expérimentaux, la régression binomiale négative a permis de démontrer que le ratio du taux d'incidence a diminué significativement sur la période de suivi 1 an ($p=0.04$).
Quels sont les autres résultats importants ?	Alors que pour les services expérimentaux le taux d'isolement a diminué durant la période de suivi, pour les services contrôle ce taux a augmenté. Le taux d'occupation dans les services de la condition expérimentale a tendance à être légèrement plus élevé que dans les services contrôles. Il y a une diminution de 36% du taux d'isolement entre le début de l'expérience et la fin de la période de suivi. Toutefois, dans les services contrôles, il n'y a pas d'évidence d'une diminution du taux d'isolement. Dans les services expérimentaux, une amélioration consistante dans la fidélité à l'intervention a été remarquée, passant de l'utilisation de 4 interventions à 9 en moyenne.

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats

Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui. Les auteurs ont pu mettre en évidence qu'une réduction (36%) de l'utilisation de l'isolement est possible en utilisant le modèle <i>Safewards</i> , ce qui va à l'opposé des services contrôles qui ont vu leur taux d'isolement augmenté. La fidélité d'utilisation du modèle a continué d'augmenter y compris après la période d'essai et de suivi.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Les auteurs ont réussi à mesurer les taux d'isolement avant, pendant et après l'intervention pour des groupes contrôles et des groupes qui ont pu profiter de la condition expérimentale. Les auteurs ont réussi à mettre en évidence une corrélation entre l'implémentation du modèle, la fidélité de son utilisation et le taux d'isolement. L'objectif de fidélité de l'intervention (70%) a été atteint dès la deuxième mesure.

2. Liens avec les autres auteurs

Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	Comparée à l'étude britannique, la durée d'essai était de 8 semaines et 8 semaines de suivi, ce qui correspond à une évaluation de 16 semaines avec un taux de fidélité à l'intervention de 50% (Bowers et al., 2015). Les résultats démontrent une réduction de l'isolement de 36% ce qui est comparable avec l'étude britannique qui a débouché sur 24% de réduction (Mustafa, 2015) En outre, en Australie, les équipes ont été formées à ce modèle de manière interactive tandis qu'au Royaume-Uni, les employés s'entraînaient de manière autonome (Bowers et al., 2015)
---	---

3. Recommandations ou suggestions

Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Il a été démontré que pour que la fidélité soit optimale, 12 mois ont été nécessaires pour l'implémentation du modèle. Un suivi plus long de la démarche est donc profitable. De surcroît, les auteurs ont pu démontrer que le modèle <i>Safewards</i> est utilisable dans une plus grande gamme de services par exemple, dans cette étude, un service aigu pour adolescents. Les auteurs proposent à l'avenir de se concentrer davantage sur le développement d'outil de mesure du conflit et du confinement plus proche afin de fournir un retour objectif sur les résultats d'utilisation du modèle <i>Safewards</i> . Aussi, une attention particulière devrait être accordée aux services pour personnes âgées.
Comment les suggestions-recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	En outre, il est à noter que tous les services devaient fournir des efforts pour limiter leur utilisation des mesures restrictives. Et cela peut être mis en parallèle avec l'augmentation du taux d'isolement dans le service contrôle, ce qui, pour les auteurs, prouve que le modèle <i>Safewards</i> pour la réduction de l'isolement est pertinent. Les auteurs pensent que le succès de cette étude est en partie dû à deux éléments clés : il y a un effort concerté et systématique pour entraîner les équipes déjà avant l'étude ; et en plus, le monitoring de la fidélité a été étendu au-delà de la période d'essai de 12 mois. Donc, une implémentation plus lente apporterait plus de résultats.

4. Limites de la présente étude

<p>Quelles sont les limites/biais de l'étude ?</p>	<p>Les auteurs mentionnent comme biais le fait que cela ne soit pas une RCT et que la participation des services s'est fait sur une base volontaire.</p> <p>Comme les services qui ont pris part à l'étude étaient volontaires, il est possible que les soignants aient été hautement motivés à changer.</p> <p>En outre, les auteurs identifient comme obstacle le fait que l'isolement est un événement rare, mais qu'il existe des pratiques restrictives plus approximatives comme l'observation spéciale, la médication intramusculaire ou le <i>time out</i> (Bowers et al., 2015).</p> <p>Le PCC (checklist des conflits patients-équipe) avait été utilisé dans l'étude britannique afin de notifier les conflits et les mesures restrictives sur la base d'indicateurs. Mais cet outil n'a pas pu être utilisé dans la présente étude, car considéré comme trop exigeant à remplir pour le personnel et cela avait entraîné un faible taux de réalisation.</p> <p>De plus, il n'a pas été réalisable de transposer cette étude dans les services d'âge avancé et de haute sécurité, car le taux d'isolement était proche de zéro dans ces services.</p> <p>L'étude ne s'est déroulée que dans un état australien ce qui limite la possibilité de généralisation.</p> <p>Les auteurs n'ont mesuré que l'isolement alors que le modèle <i>Safewards</i> est un modèle avec pour but de changer les conflits et le confinement.</p> <p>Aussi, les auteurs relèvent un manque de mesures plus régulières qui auraient amené plus de détails.</p>
--	---

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse

<p>De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?</p>	<p>La recherche amène des évidences quant à un changement de pratique possible dans l'utilisation de l'isolement et de la contention dans un service hospitalier de santé mentale.</p> <p>L'implémentation du modèle <i>Safewards</i> est un succès.</p>
--	--

2. Principaux résultats

<p>Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?</p>	<p>Le modèle <i>Safewards</i> a une action significative sur la réduction de l'isolement lorsqu'il est implémenté sur une période de 6 à 12 mois.</p>
---	---

Article 12

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Die Forensische Präventionsambulanz - Modellprojekt zur Vermeidung von Gewalttaten im Rahmen psychischer Erkrankungen
Thèmes abordés	Un projet d'une clinique ambulatoire. Prévention de la violence dans le contexte de santé mentale.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Le titre se réfère aux personnes étant dans un contexte de santé mentale ambulatoire. Le questionnement qui se pose ici c'est la mise en place d'une clinique ambulatoire afin de prévenir les actes de violence dans le contexte de la maladie mentale.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	J. Nitschke, Z. Sünkel, A.Mokros
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	J. Nitschke: Clinique de psychiatrie légale, Hôpital de district d'Ansbach, Ansbach, Allemagne Z. Sünkel : Clinique de psychiatrie légale, Hôpital de district d'Ansbach, Ansbach, Allemagne A.Mokros : FernUniversität in Hagen, Hagen, Allemagne
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Gewaltprävention; Hochrisikopatienten; Aufsuchende Versorgung; Forensische Psychiatrie; Versorgungsforschung
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	<p>L'objectif est de combler les lacunes dans la prise en charge psychiatrique générale des patients schizophrènes ou atteints de troubles graves de la personnalité présentant un risque élevé de violence, pour cela, une clinique ambulatoire de prévention médico-légale est testée à l'hôpital de district d'Ansbach de 2012 à 2017.</p> <p>Dans cette clinique, une thérapie visant à prévenir la violence est proposée. À l'aide d'instruments de mesure de la psychiatrie générale et de la médecine légale, les auteurs ont comparé les valeurs de l'ambulatoire au moyen d'échelles d'évaluation telles que le GAF, le HCR-20 et la PCL-R avec des données de recherches antérieures en hospitalier.</p> <p>Au total, 146 patients âgés de 18 à 79 ans ont été traités. Par rapport aux patients de psychiatrie générale et de psychiatrie légale, les valeurs caractéristiques des patients de la clinique ambulatoire de prévention légale étaient plus faibles au GAF et plus élevées au PCL-R et au HCR-20. Il est également relevé que comme les patients n'ont pas été placés dans une clinique médico-légale, on peut supposer qu'il y a eu une réduction des coûts par rapport à l'ancien système. C'est donc une intervention pertinente tant pour les soins qu'économiquement.</p>

1.2 Introduction

1. Pertinence	
Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	Cette étude repose sur le fait que les personnes atteintes de certaines maladies mentales telles que la schizophrénie ou les troubles graves de la personnalité sont enclines à la violence à cause de leur trouble mental (Fazel, Långström, Hjern et al., 2009 ; Fazel, Gulati, Linsell et al., 2009 ; Soyka, Graz, Bottlender et al., 2007). De plus, les offres précédentes de traitement ambulatoire dans le domaine de la psychiatrie légale étaient orientées dans le sens de la prévention tertiaire ; c'est-à-dire que l'objectif était de prévenir une nouvelle délinquance.
2. Originalité	
Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	Afin d'éviter le placement des personnes présentant un risque particulier de violence dans un établissement psychiatrique correctionnel, il est jugé utile de prévenir la commission de certaines infractions par ces personnes et donc des mesures préventives de niveau secondaires sont nécessaires. De plus, la pression sur les coûts et sur la durée de séjour des patients hospitalisés rend de plus en plus difficile le traitement des patients à haut risque en psychiatrie générale (Lincoln et al., 2006).
3. Plan de l'article	
Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	Aucun plan de l'article n'est donné, toutefois en le survolant, les grands chapitres qui seront abordés apparaissent clairement.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	L'objectif est de traiter au mieux les patients à haut risque en ambulatoire. Ceci afin d'initier à un changement de pratique (de l'hospitalier vers l'ambulatoire).

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique	
Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Aucun cadre théorique n'est utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	
2. Limites des écrits	
Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les auteurs ne mentionnent aucune autre étude menée à ce sujet.

2. Article portant sur une étude quantitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Quelles sont les variables importantes ?	Variable dépendante la violence Variables indépendantes : des diagnostics approfondis avec l'utilisation des échelles (GAF, PCL-R et HRC-20), formation de groupe pour prévenir la violence, traitement individuel spécialisé, psychoéducation, conseils aux proches, prise de rendez-vous et visites à la clinique et à domicile. Il y a des variables de contrôle qui définissent l'âge, le sexe et le diagnostic des patients.
Les variables importantes sont-elles bien définies ?	Les diagnostics approfondis sont faits au moyen des questionnaires (GAF, PCL-R et HRC-20) et déterminent le fonctionnement global, le niveau de psychopathie et le risque de violence. La formation de groupe a pour objectif de renforcer les compétences (raisonnement et réhabilitation) en matière de prévention de la violence. Le traitement individuel spécialisé se fait sur un plan psychologique et sociothérapeutique par rapport au risque de délinquance. La psychoéducation afin d'aider les patients atteints de troubles schizophréniques. Des conseils sont donnés aux proches des patients sur la désescalade et la prévention de la violence. La clinique propose une prise de rendez-vous rapide et des interventions sur place et à domicile.
Quels sont les questions ou les objectifs de recherche ?	Les objectifs de la recherche sont de déterminer l'efficacité de la clinique ambulatoire tant par le fait qu'elle limiterait les hospitalisations que par le fait qu'elle diminuerait les coûts de la prise en soin.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	La violence est une variable catégorielle ordinale. Les échelles GAF et le HCR-20 donnent des variables quantitatives discrètes. Les autres variables indépendantes ne sont pas précisées.
Quelles sont les hypothèses de recherche ?	Les chercheurs émettent deux hypothèses. La première est que la clinique ambulatoire de prévention traitera les patients qui ont un faible niveau de fonctionnement général et qui présentent un risque élevé de violence afin de décharger les hôpitaux généraux et carcéraux. La seconde est que le lien avec la clinique ambulatoire de prévention permet d'éviter les placements en hôpital psychiatrique et donc de réaliser des économies.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Comme dit ci-dessous, les auteurs ne mentionnent pas le devis, mais au vu de la méthodologie et de la présentation des résultats il est supposé que cela pourrait être un devis avant-après avec groupe témoin non équivalent (Fortin & Gagnon, 2016).
Le devis est-il bien détaillé ?	Non les auteurs ne le mentionnent pas.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Rien n'est précisé à ce sujet si ce n'est que les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Précision du type de devis ou de la procédure expérimentale	Les scores des diverses échelles d'évaluation ont été comparés avec l'échantillonnage de patients de psychiatrie générale et de psychiatrie légale de l'étude de Lincoln et al. (2006) où les mêmes échelles avaient été utilisées.
Quelles explications sont fournies pour la collecte d'informations ?	Comme cela sera détaillé dans un point suivant, il y a eu plusieurs mesures faites avec les diverses échelles citées précédemment.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Quelle est la population visée ? est-elle bien définie ?	La population visée regroupe les personnes ayant des pathologies psychiatriques et ayant commis des actes de violence qui devraient donc être hospitalisées pour cela.
Comment se réalise la sélection des participants ?	La sélection de participants se fait sur la base du volontariat. Les patients participants ont été dirigés vers la clinique ambulatoire par l'intermédiaire de professionnels (médecins généralistes, psychiatres, soignants, agents de probation) par la personne elle-même ou par les proches de la personne. Une politique de non-départ est menée par la clinique dans le but de maintenir autant que possible une connexion, mais l'autonomie des participants est respectée, c'est-à-dire qu'ils peuvent décider à tout moment d'interrompre leur participation.
Des critères d'inclusion, d'exclusion de l'échantillon sont-ils présentés quels sont-ils ?	Les critères d'inclusion pour que les patients participent à cette étude sont : <ul style="list-style-type: none"> • Un diagnostic de psychose de type schizophrénique et/ou de trouble grave de la personnalité • Un risque élevé de violence future • Une proximité avec l'hôpital de district d'Ansbach • Une intelligence au moins moyenne (QI>85) • Être âgé d'au moins 18 ans. Un critère d'exclusion est le fait que les patients aient un problème de drogue au premier plan.
Est-ce qu'il y a une répartition des participants en groupe ? (témoin ou contrôle) comment cette répartition se réalise-t-elle ?	Non il n'y a aucune répartition.
Précision de la procédure pour faire le choix des participants	Les auteurs précisent que pour participer à l'étude, les patients doivent avoir une dangerosité liée à une maladie psychiatrique. Ils ont estimé qu'ils prendraient en charge une plus grande proportion de patients souffrant de troubles schizophréniques (60 à 100) et un plus petit nombre atteint de troubles de la personnalité (20). Dans des cas exceptionnels, des patients souffrant d'autres troubles que ceux mentionnés plus haut ont été admis, car il n'y avait pas d'autre aide disponible pour eux à ce moment-là. Cela concerne des patients souffrant de troubles bipolaires et, plus rarement, de troubles de la préférence sexuelle.

Précisions sur la justification de la taille de l'échantillon	Le nombre de patients qu'ils pourraient accueillir a été extrapolé. Ils ont accueilli tous les patients répondant aux critères ainsi que d'autres qui n'y répondaient pas voir ci-dessus. À la date limite de l'analyse des données, un total de 438 dépistages de patients ont été effectués. Cela a donné lieu à 271 entretiens individuels en face à face. Finalement, 146 patients répondaient aux critères d'inclusion et acceptaient d'être traités à la clinique ambulatoire de prévention.
4. Choix des outils de collecte d'information	
Les instruments de mesure sont-ils décrits de manière précise ? Quels sont-ils ?	Des diagnostics complets sont utilisés pour évaluer les patients et outre l'exploration des antécédents médicaux, le diagnostic comprend l'utilisation de procédures d'évaluations externes structurées, à savoir l'Historical, Clinical and Risk Management Scale (HRC-20), la Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) et le Dissociality Scale. D'autres tests ont été utilisés pour compléter les données. Un test psychologique évaluant le comportement agressif, le Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS), un test évaluant les symptômes psychotiques, le Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) et un test évaluant le fonctionnement psychosocial général, le Global Assessment of Functioning (GAF). En outre, l'inventaire clinique structuré pour le diagnostic des troubles de la personnalité (entretien clinique structuré pour le DSM-IV) est utilisé pour obtenir des preuves supplémentaires de l'accentuation ou des troubles de la personnalité qui peuvent être présents.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? Quelle est la fréquence de passation des outils ?	Les évaluations nommées ci-dessus sont utilisées à intervalle de 6 mois à l'exception du SDAS qui est mis à jour mensuellement et du PCL-R qui n'est effectué qu'une seule fois au départ.
Des précisions sur la passation et la cotation des outils sont-elles données ? Quelles sont - elles ?	Non, seules les informations mentionnées ci-dessus sont nommées.
Des précisions sont-elles données sur la variable indépendante, dépendante ? Lesquelles sont-elles ?	Non, voire le détail explicité plus haut.

5. Intervention ou programme (si applicable)	
Quelles sont les interventions et comment sont-elles décrites ?	<p>Les mesures ambulatoires de prévention sont constituées de différents éléments qui peuvent être combinés dans une démarche de prévention des troubles et de prévention de la violence et ils sont adaptés aux besoins spécifiques du patient. Les télécommunications mobiles (appels et SMS) sont utilisées afin de maintenir un contact étroit. Les proches et l'environnement social sont également impliqués dans le traitement.</p> <p>Une équipe multidisciplinaire prend en charge les patients et leurs proches en étroite collaboration avec les soignants, les agents de probation ainsi qu'avec les médecins et psychologues externes.</p> <p>L'équipe de la clinique de prévention ambulatoire est composée de psychiatres, psychologues, pédagogues sociaux, et de personnel infirmier.</p> <p>L'offre de la clinique ambulatoire de prévention comprend les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des diagnostics approfondis avec analyse des risques de violence • Formation de groupe pour renforcer les compétences en matière de prévention de la violence (« raisonnement et réhabilitation ») • Traitement individuel spécialisé psychologique et sociothérapeutique par rapport au risque de délinquance • Psychoéducation pour les patients atteints de troubles schizophréniques • Conseiller les proches sur la désescalade et la prévention de la violence • La prise rapide de rendez-vous • Visite à domicile et sur place.
Comment l'intervention est-elle appliquée ?	Les interventions ont lieu à la fois au domicile du patient et dans les locaux de la clinique de prévention ambulatoire, mais aucune autre précision n'est donnée sur l'application des interventions.
6. Méthode d'analyse des données	
Quels sont les méthodes et les types d'analyses statistiques proposées (tests,...)	Les auteurs ne précisent pas les méthodes et les types d'analyses utilisés toutefois, ils utilisent le calcul d'intervalles de confiance avec une valeur fixée à 95 %.
Les méthodes d'analyses sont-elles justifiées ? Si oui, de quelle manière ?	

2.2 Résultats

1. Description de l'échantillon	
Quelles sont les caractéristiques principales de l'échantillon ?	Enfinement, 146 patients répondaient aux critères d'inclusion et acceptaient d'être traités à la clinique ambulatoire de prévention. Parmi cet échantillon, environ 89 % étaient des hommes.

Des précisions sont-elles données sur les participants, si oui, lesquelles	Des précisions sont données sur l'âge des patients, sur leur niveau d'étude, sur comment ils sont arrivés à la clinique ambulatoire de prévention, sur les diagnostics de patients. La plupart de patients traités dans la clinique ambulatoire de prévention se sont présentés en raison de violences contre des personnes.
Des précisions sont-elles données sur la période de collecte de données, lesquelles ?	La récolte des données a été faite depuis l'ouverture de la clinique ambulatoire de prévention en février 2012 jusqu'à la date du 28 juillet 2017.
2. Description des résultats	
Quels sont les résultats statistiquement significatifs (p. ex. $p < 0,05$) ?	Le GAF, le HCR-20 et le PCL-R ont les valeurs les plus défavorables pour les patients de la clinique ambulatoire de prévention présentent. Cela signifie que les patients ont un niveau de fonctionnement global plus bas et il y a un plus haut risque de dangerosité. Le score moyen PCL-R équivaut celui des patients de l'étude de Lincoln et al. (2006) soit un niveau de psychopathie élevé.
Quels sont les autres résultats importants ?	Dans 8 cas traités à la clinique ambulatoire, les procédures qui auraient abouti à une condamnation ont été abandonnées sous la condition d'un traitement réussi dans la clinique, ce qui a été le cas. Dans 3 cas, la condamnation était suspendue et un suivi psychiatrique médico-légal a été mis en place. Sans la clinique ambulatoire de prévention, ces 11 patients auraient été hospitalisés dans une prison de psychiatrie médico-légale. La clinique ambulatoire permet de réaliser des économies importantes.

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui, il contient les comparaisons des différentes échelles d'évaluations citées précédemment ainsi que la présentation de la différence des coûts entre un placement en établissement spécialisé et la clinique ambulatoire de prévention.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ou à l'hypothèse de départ ?	Comme dit plus haut, les chercheurs ont fait deux hypothèses pour cette recherche (voire 4.1.5 hypothèses de recherches). L'étude répond à l'hypothèse par le fait que certains patients, grâce à leur prise en soin à la clinique ambulatoire de prévention, ont pu éviter un placement correctionnel, cela peut indiquer que la clinique a atteint son groupe cible. En ce qui concerne l'hypothèse deux, l'étude y répond par le fait qu'elle démontre que les coûts de la prise en soin à la clinique ambulatoire préventive par rapport à un placement sont moins élevés et qu'il pourrait ainsi y avoir une économie de plus d'un million d'euros.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences,..)	La seule comparaison que les auteurs font c'est celle avec l'étude de Lincoln et al. (2006) où ils ont comparé les valeurs de scores de différentes échelles d'évaluation des patients hospitalisés en psychiatrie générale et en psychiatrie légale avec les patients de la clinique ambulatoire de prévention.

3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Pour la pratique, les auteurs recommandent une diffusion à l'échelle nationale d'une pratique comme la clinique ambulatoire de prévention, mais ne font aucune recommandation pour la recherche future.
Comment les suggestions-recommandations peuvent-elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Les auteurs ne précisent pas comment s'y prendre pour implémenter le projet ailleurs qu'à Ansbach. Toutefois, les auteurs ont mis en évidence que l'alternative que propose la clinique par rapport à un placement dans un établissement correctionnel aurait permis d'économiser plus de 4 millions euros (à appliquer à une période moyenne de placement de 4,5 ans). À titre de comparaison, le financement de la clinique ambulatoire de prévention représente un coût annuel de 0,5 million d'euros soit 3 millions d'euros sur toute la durée.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Les auteurs ne font part d'aucune limite ni d'aucun biais à leur étude.

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	Les objectifs visés par cette étude ont été atteints par le fait que certaines condamnations ont pu être mises en suspens voire arrêter grâce à la prise en soin à la clinique ambulatoire de prévention, mais également par le fait que les coûts de la mise en place d'une telle infrastructure sont moins élevés qu'un placement dans une institution psychiatrique spécialisée.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	Les coûts d'une prise en soins par la clinique ambulatoire de prévention ont diminué par rapport à un placement dans un établissement spécialisé et certaines condamnations ont pu être évitées.

Article 13

1. Parties communes à tous les articles

1.1 Identification de l'article et du résumé

1. Titre	
Titre (noter le titre)	Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care ?
Thèmes abordés	La ressemblance entre la diminution de la violence dans les soins médico-légaux psychiatriques et les domaines de soins axés sur le rétablissement.
Le titre réfère-t-il à une population précise ou à une question pertinente, si oui, laquelle ou lesquelles	Oui, le titre pose la question de la ressemblance entre la réduction de la violence dans les soins médico-légaux psychiatriques et les domaines de soins axés sur le rétablissement.
2. Auteurs	
Auteurs (noter les auteurs)	Helen Olsson et Ulla-Karin Schön.
Préciser leur rattachement, institution, lieu de travail, pays	Helen Olsson : Département des sciences de la santé à École d'éducation, de santé et d'études sociales à l'Université de Dalarna à Falun (Suède). Ulla-Karin Schön : Département des sciences sociales à École d'éducation, de santé et d'études sociales à l'Université de Dalarna à Falun (Suède).
3. Mots clés	
Mots clés (noter les mots clés)	Forensic care, reducing violence recovery, interviews.
4. Résumé	
Décrire brièvement les objectifs, la méthodologie, les résultats	Les objectifs sont de déterminer les ressources utilisées par le personnel de soin médico-légal pour éviter ou prévenir les situations de violence et d'explorer en quoi ces pratiques ressemblent au domaine des soins axés sur le rétablissement. En ce qui concerne la méthode, ce sont des entretiens semi-structurés qui ont été faits avec le personnel préalablement identifié par les patients comme personnes clés dans leur processus de rétablissement. Les textes ont été analysés en utilisant un contenu interprétatif d'analyse. Les résultats montrent que le personnel prévient les situations de violence en utilisant des connaissances et une expérience tacites grâce à une responsabilité collégiale partagée. Il est également relevé que le personnel protège les patients, qu'il encourage leur participation et qu'il assure une cohérence.

1.2 Introduction

1. Pertinence

Est-ce que la justification de l'étude repose sur des constats théoriques, des observations, des faits ou des données statistiques ?	La justification de cette étude repose sur des constats théoriques qui ressortent des recherches sur le rétablissement des maladies mentales. Ces constats théoriques ont mis en avant le fait que certaines méthodes utilisées dans le domaine des soins axés sur le rétablissement sont également utilisées dans le domaine des soins médico-légaux psychiatriques (Drennan & Alred, 2012) et que d'autres ne le sont pas du tout (Ferrito et al., 2012 ; Simpson & Pennes, 2011). Par exemple dans le domaine médico-légal, le patient est là contre son gré, l'action des patients et du personnel est limitée et la question du rétablissement n'est que rarement soulevée (Olsson et al., 2015). Or, même dans le domaine de soin médico-légal, le concept de rétablissement devrait apparaître même si c'est à un degré différent (Barnao et al., 2015 ; Willis et al., 2014).
--	--

2. Originalité

Comment l'auteur explique-t-il l'originalité de la démarche ?	L'originalité de cette étude est expliquée par le fait que les auteurs cherchent à savoir si la pratique dans les domaines de soins axés sur le rétablissement est transposable au domaine de soin médico-légal.
---	--

3. Plan de l'article

Le plan est-il précis, logique et détaillé ? Les étapes à venir sont-elles bien précisées ?	L'article est structuré de manière logique et les étapes principales sont bien identifiables et organisées cependant les auteurs ne détaillent pas le plan de l'article.
Quels sont les objectifs, les questions de recherche ?	Cette étude vise à déterminer quelles ressources le personnel médico-légal utilise pour éviter ou prévenir les situations de violence. Ceci a pour but d'explorer comment ces pratiques ressemblent aux domaines des soins orientés vers le rétablissement et de fournir une compréhension de base de la pratique afin d'orienter la transformation des soins médico-légaux en soins orientés vers le rétablissement.

1.3 Recension des écrits scientifiques ou présentation des concepts théoriques

1. Modèle théorique

Un modèle théorique, cadre conceptuel ou explication sont-ils proposés ? Si oui, lesquels ?	Non il n'y a pas de modèle théorique ni de cadre conceptuel utilisé.
Comment le modèle théorique, cadre conceptuel est-il justifié ?	

2. Limites des écrits

Préciser les limites ou contraintes provenant d'autres auteurs	Les autres auteurs ayant déjà réalisé des études sur ces sujets ont étudié séparément les concepts de soins médico-légaux et axés sur le rétablissement par conséquent il n'y a pas de données sur la transposition de la pratique du domaine de soins vers un rétablissement au domaine médico-légal psychiatrique.
--	--

2. Article portant sur une étude qualitative

2.1 Méthodologie

1. Question de recherche	
Précision des composantes de la question	Les auteurs s'intéressent aux soins médico-légaux en comparaison aux soins axés sur le rétablissement dans le but de diminuer la violence dans les premiers.
2. Devis	
Quel est le devis de l'étude ?	Le devis n'est pas précisé par les auteurs, mais au vu des caractéristiques de cette recherche, il est supposé que c'est une étude descriptive qualitative.
Le devis est-il bien détaillé ?	Oui les auteurs expliquent l'endroit et le temps de l'étude, la sélection des participants, l'outil de récolte de données ainsi que l'outil d'analyse des données. Cependant, il manque la fréquence des entretiens réalisés, le logiciel utilisé pour l'analyse ainsi que qui récolte les données.
Quelle est la cohérence du devis avec la thématique ?	Le devis est cohérent avec la thématique, car les auteurs cherchent à ce que les participants décrivent leur expérience, leur ressenti et leurs opinions.
Précision du rôle du chercheur	Helen Olsson s'est occupée de transcrire mot pour mot les enregistrements audio des entretiens.
De quelle façon les règles éthiques sont-elles respectées ?	Un consentement éclairé écrit a été obtenu par les auteurs depuis les participants et l'étude a reçu l'autorisation éthique du Regional Research Ethics Committee de Umeå (Suède).
Quels sont les outils pour la collecte des informations ?	Les auteurs ont utilisé un guide d'entretien semi-structuré avec des questions ouvertes.
Comment se déroule la collecte des données ?	Les participants à l'étude ont choisi un lieu où ils se sentaient à l'aise pour être interrogés. Un enregistrement audio est fait de chaque entretien puis les entretiens sont retranscrits.
3. Sélection des participants ou objets d'étude	
Y a-t-il des critères de sélection ou d'exclusion ? Si oui, préciser lesquels	Un des critères d'inclusion a été établi par une étude précédente où des patients hospitalisés en médecine légale psychiatrique ont identifié certains membres du personnel comme personnes clés ce qui comprenait le fait qu'ils étaient un soutien et étaient importants pour leur rétablissement. Cette étude s'est donc faite avec un échantillon ciblé de 13 personnes.

4. Choix des outils de collecte d'information	
Est-ce que les outils de collecte d'information sont décrits de façon précise ? Si oui, quels sont-ils ?	L'outil de collecte d'information est un guide d'entretien semi-structuré avec des questions ouvertes. Un certain nombre de questions supplémentaires étaient posées afin d'obtenir des éléments aussi riche et complet que possible.
Comment se réalise concrètement la collecte des données ? À quelle fréquence ?	Les entretiens ont été menés dans un hôpital psychiatrique médico-légal de sécurité maximale en Suède au sein de cinq unités de soins médico-légaux différentes. Ils ont eu lieu de juin à août 2012 et ils ont duré entre 43 et 65 minutes. Toutefois, il n'est pas précisé à quelle fréquence ni comment ils ont été réalisés.
5. Méthode d'analyse des données	
Quelle est la méthode d'analyse utilisée ?	Une analyse de contenu qualitative : ils ont rassemblé les données similaires et les ont rassemblées par catégorie de sens. Ils ont procédé à une analyse en aller-retour afin de définir les relations entre les catégories. Le concept de rétablissement a été utilisé dans l'analyse.
Qui procède à l'analyse ?	Les deux auteurs.
Quel est le logiciel utilisé ?	Visiblement aucun logiciel n'a été utilisé.
Comment se fait la validation des données ? Y a-t-il des précisions sur la triangulation des données ? Si oui lesquelles ?	Il n'y a aucune information sur la validation des données.

2.2 Résultats

1. Description des résultats	
Comment les résultats sont-ils présentés ?	Les résultats sont présentés par catégorie. Il y a 3 catégories principales et 7 catégories secondaires.

Que ressort-il de l'analyse (description des résultats de l'étude)	<p>Les résultats montrent que les principaux intervenants ont évité et prévenu les situations de violence grâce à la connaissance, au soutien et aux actions menées à 3 niveaux (3 catégories) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La connaissance interne : perception des états d'esprit, sauvegarde (maintien et sécurité du lieu de travail) et participation des patients (co-construction d'un plan de soin). 2. La sécurité via les pairs : une responsabilité collégiale partagée et une atmosphère de travail commune (sentiment d'appartenance au groupe). 3. Les stratégies axées sur le contrôle : gestion des risques et une mission claire. <p>Il est souligné que des personnes peu formées étaient néanmoins douées dans la perception de l'état d'esprit. Toutefois, les participants à l'étude ont relevé que cette capacité à lire l'atmosphère était liée à l'expérience et à la routine acquises au fil des ans dans la profession. Le personnel a également ajouté que le fait de percevoir l'état d'esprit contribuait à anticiper les conflits. Ils soulignent également que la capacité à anticiper et à percevoir les émotions est également liée à l'état d'esprit du personnel soignant.</p> <p>Il a également été relevé que grâce à la rencontre quotidienne avec le patient, les membres du personnel ont développé une idée du risque futur du patient à commettre des violences. Les résultats d'une évaluation des risques et ont servi de base aux décisions concernant les congés de courte ou de longue durée accordés aux patients.</p>
--	--

2.3 Discussion

1. Résumé des résultats	
Un résumé des résultats est-il présenté ? Si oui, que contient-il ?	Oui un résumé des résultats est présent et il contient des liens faits entre les différentes actions menées dans les 3 niveaux représentant les 3 grandes catégories ainsi que les 7 sous-catégories.
Comment la recherche répond-elle à l'objectif visé ?	Cette étude démontre qu'il y a effectivement une ressemblance dans le fait de réduire la violence dans les soins médico-légaux avec les domaines de soins axés sur le rétablissement, mais que cela demande des ajustements dans la façon d'aborder le plan de soin des patients et de les faire collaborer, à leur prise en soin.
2. Liens avec les autres auteurs	
Comment les résultats se rattachent-ils à d'autres études (similitudes, différences, etc.)	<p>Dans la discussion de cette étude, les auteurs font des liens avec d'autres études menées par le passé et dont les résultats convergent avec les résultats de cette étude.</p> <p>Les catégories identifiées dans cette étude sont similaires à celle de Olsson et al. (2014).</p> <p>Les perspectives de soin axées sur le rétablissement mises en avant dans cette recherche rejoignent celles de Gilbert (2009).</p>

3. Recommandations ou suggestions	
Quelles recommandations ou étapes futures sont-elles proposées ? Pour la pratique ? Pour la recherche ?	Les recommandations qui sont faites ici mettent en avant le fait que pour la pratique, il serait bien d'intégrer une perspective de rétablissement dans les soins psychiatriques médico-légaux. Et même si cela demande des adaptations au niveau des fondements du processus de rétablissement ainsi que des ajustements au niveau des soins médico-légaux, cela serait considéré comme un progrès commun.
Comment les suggestions - recommandations peuvent elles s'appliquer dans la pratique clinique ?	Les auteurs ne donnent pas vraiment de pistes sur comment appliquer les résultats de cette étude. Cependant, il est tout de même relevé que le fait de changer la vision sur les soins psychiatriques médico-légaux est le commencement de l'application des résultats. Il est précisé qu'il est important d'introduire les notions de guérison et de processus de rétablissement dans le domaine des soins psychiatriques médico-légaux, car même si dans ce type d'institutions les patients sont contraints d'y être, changé d'approche pourrait faciliter la relation avec eux de par leur participation au plan de soin il retrouverait une certaine autonomie et cela aurait des conséquences positives sur leur état de santé.
4. Limites de la présente étude	
Quelles sont les limites/biais de l'étude ?	Les auteurs relèvent qu'une des limites de cette étude est l'échantillon petit et ciblé cependant ils suggèrent qu'un échantillon plus large et aléatoire pourrait éventuellement donner une perspective plus large du sujet. Ils relèvent également l'importance que leur échantillon a été identifié par les patients comme particulièrement important pour la guérison de ces derniers.

2.4 Conclusions

1. Retour sur l'objectif, question, hypothèse	
De quelle manière la recherche a-t-elle répondu à l'objectif visé ?	L'étude a aidé à mettre en avant certains éléments permettant d'améliorer la prise en soin dans les institutions de soins psychiatriques médico-légaux en se basant sur certains principes venant des domaines des soins de rétablissement.
2. Principaux résultats	
Quels sont les principaux résultats significatifs de la démarche ?	<p>De par le fait de l'utilisation de connaissances tacites internes expérientielles en combinaison avec un soutien collégial fort, une responsabilité collective ainsi que le fait que le personnel soit attentif à l'humeur des patients ainsi qu'aux déclencheurs potentiels de frustration et d'anxiété a créé un climat de paix et de sécurité dans le service ce qui est favorable pour entamer un processus de guérison.</p> <p>De plus, un groupe de personnel cohérent et caractérisé par un sens partagé des responsabilités tant les uns envers les autres qu'envers les patients ainsi que capable de prévenir et de répondre aux situations de violence reflète les caractéristiques d'un personnel d'une perspective de rétablissement. Ces perspectives sont par exemple la capacité d'espoir, de compassion de réalisme et de résilience.</p> <p>De plus, pour que les soins de rétablissement soient applicables aux soins psychiatriques médico-légaux, il est important de laisser de l'autonomie aux patients et de le faire participer au plan de soins. Donc pour que les soins médico-légaux soient axés sur le rétablissement, les plans de soin et les plans d'urgences doivent être axés sur le rétablissement.</p>