

Les compétences infirmières forensiques en milieu carcéral face aux patients atteints de troubles mentaux

Une revue de littérature étoffée

Travail de Bachelor

Par

Eloïse Davet, Karen Friedli & Bastien Machuret
promotion 2012-2015

Sous la direction de: Marie De Reyff

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

09 Juillet 2015

Résumé

En Suisse, en 2007, 6923 détenus sont incarcérés dont 32.6% ont un trouble mental. Cette population se trouve dans un milieu stressant, comprenant de nombreux facteurs ayant des effets négatifs sur la santé mentale. La prison est actuellement un milieu difficile pour prodiguer des soins de santé psychique et pour la conserver. Dans ce contexte particulier, l'infirmière doit soigner ces détenus qui ont droit aux services de santé. **Objectifs:** Le but de cette revue de littérature étoffée est de mettre en évidence les compétences des infirmières forensiques travaillant, en milieu carcéral, avec des patients atteints de troubles mentaux. **Méthodologie:** Cette revue a été réalisée à l'aide de six articles scientifiques pertinents répondant à la question de recherche. Cinq d'entre eux sont quantitatifs et un est qualitatif. En tout, 2'879 infirmières forensiques, non forensiques ou des professionnels d'autres disciplines ont répondu à diverses questions concernant les compétences infirmières forensiques en milieu carcéral. **Résultats:** Après l'analyse des résultats, les compétences en communication, la capacité d'écoute, l'empathie et la formation pour le trouble de la personnalité sont mentionnées comme des points importants. De plus, l'évaluation des risques et la gestion de l'agression constituent des compétences nécessaires pour les infirmières forensiques ainsi que le travail multidisciplinaire et l'approche en équipe. **Conclusion:** Les résultats probants montrent les compétences principales des infirmières forensiques travaillant avec des détenus souffrant de troubles mentaux.

Tables des matières

Introduction	1
Recension des écrits et problématique	3
Cadre de référence	7
Forensique	8
Compétences	9
L'approche centrée sur la personne (ACP) de Carl Rogers.....	13
Méthode.....	17
Étapes de réalisation de la revue de littérature étoffée.....	18
Stratégies de recherche et termes MeSH et non-MeSH.....	19
Démarches d'analyse et stratégies de recherches	20
Résultats	22
Compétences relationnelles.....	24
Compétences du rôle d'expert en soins infirmiers	27
Compétence en gestion de la violence	28
Compétences liées à l'établissement carcéral	30
Compétences autres	31
Discussion	33
Le relationnel versus la pratique	34
La gestion de la violence.....	36
L'environnement et le contexte	38
Conclusion de la discussion.....	39
Regard critique sur les études sélectionnées	40
Limites de cette revue de littérature	41
Interventions et recommandations pour la pratique infirmière	41
Perspectives pour le futur	42

Conclusion	43
Liste des références bibliographiques.....	45
Appendices	49
Appendice A Déclaration d'authenticité	50
Appendice B Guide d'évaluation des compétences	ii
Appendice C Flow chart.....	59
Appendice D Grilles d'analyse d'articles.....	61

Liste des tableaux

Tableau 1: Compétences relationnelles	25
Tableau 2: Compétences du rôle d'expert en soins infirmiers	27
Tableau 3: Compétences en gestion de la violence.....	28
Tableau 4: Compétences liées à l'établissement carcéral	30
Tableau 5: Compétences autres	32

Remerciements

Tout d'abord, nous tenons à remercier Madame Marie De Reyff, directrice de notre Bachelor Thesis, pour son suivi tout au long de cette revue de littérature étoffée. Nous la remercions tout spécialement pour sa disponibilité, son soutien, sa confiance et ses conseils.

Nous remercions également Madame Chantal Monney pour la relecture et les corrections de l'ensemble de notre travail. Sa disponibilité et ses compétences nous ont particulièrement aidés pour la forme de ce travail.

Un merci particulier à Madame Catherine Dubey et Madame Ribeiro Domingas pour le temps investi et leurs conseils.

Nous adressons un merci tout spécial à nos familles et amis pour leur soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Introduction

Actuellement, la « question de la présence de détenus souffrant d'un désordre psychiatrique en détention est soulevée depuis de nombreuses années, tant dans les pays nord-américains qu'européens » (Vacheret & Lafortune, 2011) et « ...la prévalence de cette population particulièrement fragile inquiète » (Vacheret & Lafortune, 2011). En Suisse romande tout particulièrement et dans tous les médias, la présence de détenus atteints de troubles mentaux en milieu carcéral interroge. En 2013, Bruno Gravier, médecin responsable du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires (SMPP) vaudois, explique que « Dans la plupart des études, le nombre de personnes en prison présentant des problèmes psychiques oscille depuis toujours entre 30 et 35%, mais les cas lourds sont plus fréquents » (Zuercher, 2013). Franz Walter, directeur de la prison de Bellechasse, juge la situation en Suisse romande dramatique (Zuercher, 2013). Effectivement, le milieu carcéral est un milieu difficile pour fournir des soins de santé mentale et pour conserver celle-ci (Jordan, 2011).

En raison de ce contexte particulier, cette revue de littérature étoffée se porte sur les compétences infirmières forensiques qui travaillent avec des détenus souffrant de troubles mentaux. En premier lieu, l'état des connaissances de cette problématique est présenté, puis différents cadres conceptuels sont définis et expliqués, comme la compétence, le terme forensique et l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. Par la suite, la méthodologie est exposée et les résultats sont rapportés. Puis, la discussion est réalisée à l'aide des cadres de référence. Finalement, des interventions et des recommandations pour la pratique infirmière sont élaborées sur la base des articles analysés.

Recension des écrits et problématique

De nos jours, en Suisse, 6923 personnes sont incarcérées en prison (Office fédéral de la statistique, 2015). Synonyme de « milieu carcéral », elle a pour mission d'exécuter des sanctions pénales qui privent les détenus de leur liberté (Centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire [CSFPP], 2015). La population carcérale se trouve dans ce milieu stressant (Thomas & Adins-Avinée, 2012, p.19) qui comprend de nombreux facteurs ayant des effets négatifs sur la santé mentale (World Health Organization [WHO], S. d). En effet, le milieu carcéral est surpeuplé et présente diverses formes de violence, surajoutant une solitude forcée ou, à l'inverse, le manque d'intimité. De plus, le manque d'activités, l'isolement, l'insécurité sur les perspectives d'avenir (travail, relations, etc.) et la pénurie de services de santé physique et mentale s'additionnent aux mauvaises conditions de vie des détenus (WHO, S.d.). Un septième de ceux-ci est atteint d'un trouble mental comme le prouve une revue de littérature composée de 62 études portant sur 23'000 personnes détenues dans 12 pays (Fazel & Danesh, 2002). La Suisse, quant à elle, comptait, en 2007, 32.6 % de détenus (n=2195) ayant un problème de santé mentale (Wolff et al., 2011). L'American Psychiatric Association (APA, 2003) définit, dans le DSM-IV-TR (p.XXXV), la maladie mentale ou les troubles mentaux de la manière suivante :

[...] syndrome comportemental ou psychologique, cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., syndrome de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altération d'un ou plusieurs domaine du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté [...] (Townsend, 2010, p.19).

Burla et Schuler (2012) soulignent que les termes de « maladie » et de « trouble » sont employés actuellement comme synonymes. « ...le terme trouble, plus descriptif

et moins arbitraire... » (Burla & Schuler, 2012, p. 7) sera donc utilisé indifféremment tout au long de cette revue de littérature étoffée. Certains détenus atteints de troubles mentaux, comme défini ci-dessus, « ayant commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble » peuvent être internés dans un « établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures » (Code pénal Suisse, 2014, Art. 59). Cependant, ils peuvent aussi être internés « dans un établissement pénitentiaire...dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié » (Code pénal Suisse, 2014, Art. 59). Selon Dumais (2010), les autres détenus ayant commis un crime ou un délit sans relation avec leur trouble mental sont jugés coupables de leur acte, donc incarcérés (Dion, 2014). Dans ce contexte actuel, « Les infirmières et infirmiers œuvrant en milieu carcéral font l'expérience de réalités fort différentes de celles décrites en milieux hospitalier ou communautaire » (Alderson et al., 2013). Alderson et al (2013) précisent qu'ils:

ont à composer avec des phénomènes divers et complexes : problèmes de santé mentale, toxicomanie, suicide, violence, tensions interculturelles, propagation de maladies infectieuses (hépatite, sida), utilisation abusive de médicaments d'ordonnance, décès causés par des blessures que s'infligent les détenus (automutilation) ou que d'autres détenus leur infligent, symptômes de sevrage, solitude, etc. (p. 96)

Il est important de relever que les soins infirmiers prodigués en prison « sont influencés par l'environnement dans lequel ils s'exercent » (Holmes & Jacob, 2012). En effet, selon Reeder et Meldman (1991) « l'aspect sécuritaire et les soins sont perçus, dans les environnements correctionnels, comme deux forces opposées » (Holmes & Jacob, 2012) et il est difficile de prodiguer des soins de santé psychique et de la conserver (Jordan, 2011). Cependant, le personnel infirmier doit soigner ces détenus qui ont droit aux services de santé, tout en étant « confronté au dilemme opposant thérapie et correction » (Holmes & Jacob, 2012).

En raison de ce contexte particulier décrit ci-dessus, le but de cette revue de littérature étoffée est de mettre en évidence les compétences des infirmières travaillant en milieu carcéral. La question de recherche s'est alors construite de la manière suivante:

Quelles sont les compétences infirmières forensiques perçues par les infirmières forensiques, non forensiques et d'autres professionnels en milieu carcéral face aux patients atteints de troubles mentaux ?

Cadre de référence

Il paraît judicieux d'éclaircir différents concepts, tels que forensique, compétences et l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers, se rapportant au thème des compétences infirmières en milieu carcéral auprès des patients atteints de troubles mentaux. Ces différentes notions permettront une meilleure compréhension de la problématique et faciliteront l'analyse des résultats des divers articles scientifiques consultés.

Forensique

Selon Holmes, Perron, Michaud, Montluclard et Hervé (2005):

Les soins infirmiers en milieu correctionnel constituent une «sur spécialité» dans le vaste champ de la discipline infirmière Ils sont reconnus comme tels depuis déjà quelques années et on remarque un intérêt sans cesse croissant pour ce nouveau champ de la pratique professionnelle Cette pratique fait figure de sur-spécialité dans la mesure où son opérationnalisation (clinique et théorique) interpelle des domaines variés tels la criminologie, le droit, la sociologie pénale et la médecine légale Ce domaine fait partie d'une spécialité infirmière mieux connue sous le vocable anglophone de « Forensic Nursing ».

Afin de mieux comprendre, « forensic » est un mot utilisé actuellement aussi en langue française et selon l'Université de Lausanne (S. d):

Les sciences forensiques se définissent comme l'ensemble des principes scientifiques et méthodes techniques appliqués à la résolution de questions en matières criminelle, civile ou réglementaire dans le but d'aider la justice (souvent en matière criminelle: déterminer l'auteur du crime et son mode opératoire). L'adjectif forensique (qui appartient à la cour de justice, qui relève du domaine de la justice) est un néologisme. Il vient du latin forum (place publique, lieu du jugement dans l'Antiquité).

Cette branche spécifique englobe le soin et la gestion des personnes souffrant de problème de santé mentale qui sont, à un niveau ou à un autre, en lien avec le droit (Mason, 2002).

Romain-Glassey et al. (2014) décrivent l'état en Suisse : « En Suisse, les infirmières qui travaillent dans le domaine de la médecine légale sont une exception, car il n'y a pas de qualifications spécifiques en soins infirmiers forensiques ». Les auteurs mettent en évidence la différence avec d'autres pays : « Ceci est tout à fait différent des autres pays où les infirmières forensiques pratiquent selon un ensemble de normes » (Romain-Glassey et al., 2014). Kent-Wilkinson (2011) conclut alors que « les soins infirmiers forensiques sont une jeune discipline, mais ses objectifs et caractéristiques conduisent les infirmières vers des rôles étendus de pratique » (Romain-Glassey et al., 2014). Selon Morin et Eicher (2012) « Cela signifie que les infirmières forensiques sont impliquées dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des approches de soins infirmiers fondés sur des données probantes, dans un contexte de soins interdisciplinaires » (Romain-Glassey et al., 2014). Les soins infirmiers forensiques en Suisse sont alors considérés comme une nouvelle spécialité qui reste à développer et qui nécessite alors des compétences.

Compétences

La compétence est définie comme étant : « l'ensemble intégré d'habiletés cognitives, d'habiletés psychomotrices et de comportements socio-affectifs qui permet d'exercer, au niveau de performance exigé à l'entrée sur le marché du travail, un rôle, une fonction, une tâche ou une activité » (Phaneuf, 2002). Phaneuf (2002) complète en écrivant que :

La compétence se manifeste obligatoirement dans l'action et la complexité de ses perspectives. Aussi, le savoir qui est à sa base ne se limite-t-il pas à la simple possession des connaissances, mais en permet l'utilisation et leur application pertinentes, adéquates, efficaces et responsables en milieu réel.
(p. 3)

Ce concept ne se forme pas de manière instantanée. Il repose sur des éléments clairement identifiés et d'autres plus subtils, plus personnels. Ceux-ci font appel à la

personnalité de l'infirmière et au savoir-faire qui dépend de la capacité de perception, d'interprétation des situations et de l'accroissement de l'expérience (Phaneuf, 2002, pp. 2-3). La pratique infirmière est donc vide de sens sans la compétence, Phaneuf (2002), rappelle que :

...Sans ce « savoir en actes » qu'est la compétence, les infirmières risquent de perdre de vue leurs buts premiers qui sont de favoriser le bien-être optimal de la personne, de l'aider à vivre en santé, à traverser la maladie ou à faire face à la mort. (p. 2)

La compétence suppose une combinaison « de multiples dimensions où les savoirs scientifiques, organisationnels et techniques s'interpénètrent et s'alimentent l'un l'autre » (Phaneuf, 2002, p. 3). Le Boterf (2002) complète cette définition de Phaneuf en utilisant le terme de « savoir combiner ». Il la décrit ainsi:

Pour faire face à un événement, pour résoudre un problème, pour prendre une initiative, un employé doit savoir non seulement sélectionner et mobiliser des ressources (connaissances, capacités, attitudes, capacités cognitives...), mais il doit aussi savoir les organiser. Il doit construire une "combinatoire" particulière de multiples ingrédients. (p. 21)

Ces éléments impliquent des conséquences pratiques importantes. Selon Le Boterf (2002) :

Valider les compétences en situation de travail ne pourra plus se limiter à contrôler séparément l'acquisition de ressources (savoirs, savoir-faire, attitudes, raisonnement...), mais à s'assurer que le sujet est capable de les sélectionner, de les combiner et de les mobiliser de façon pertinente dans une situation de travail particulière. Développer les compétences suppose alors que, non seulement les personnes acquièrent des ressources (connaissances, habiletés...) mais soient entraînées à construire, à partir de celles-ci, des "combinaisons" appropriées. La compétence est donc une "combinatoire" de ressources variées pouvant être mises en œuvre. (p. 21)

La compétence contient plusieurs facettes. Tout d'abord celle personnelle qui est en étroite relation avec la connaissance de nos capacités. Selon Phaneuf (2002) :

La compétence infirmière repose d'abord sur les qualités personnelles de la soignante, celles qui en font une personne à l'écoute, attentive à ce qui se passe chez le malade et capable de décision, d'action et d'empathie. (p. 3)

Cependant la soignante doit avoir de l'assurance et être confiante dans ses propres capacités, dans sa compréhension de la problématique et dans ses moyens pour les résoudre. La personnalité de l'infirmière est donc reliée fortement à ses acquis et ses expériences (Phaneuf, 2002, p. 3). Phaneuf (2002) précise qu'il y a deux exigences principales qui sont "la mobilisation des capacités personnelles de l'infirmière [et] la mobilisation de ses savoirs et savoir-faire appliqués aux soins infirmiers". Phaneuf (2002) complète en disant:

La compétence est tissée de nombreux fils dont la trame est consolidée par la certitude que développe la soignante de pouvoir puiser, dans son bagage personnel de capacités, de connaissances et d'expériences, les éléments nécessaires à la résolution des problèmes de soins qu'elle rencontre.... Et ce qui est particulier à l'aspect relationnel de la compétence, c'est que l'outil à affiner est la personne même de la soignante. C'est par sa capacité de présence, de respect et d'écoute de l'autre, par la profondeur de sa compréhension et de son empathie, qu'elle y parvient. (p. 4)

Cette compétence personnelle fait ensuite appel à celle professionnelle et c'est sur cette base que l'infirmière peut consolider sa « formation d'un jugement orienté vers des situations de soins » (Phaneuf, 2002, p. 4). La notion de compétence professionnelle fait écho à la collectivité puisque l'infirmière travaille rarement seule et dépend de l'environnement. « Pour agir avec compétence, un employé devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources mais également des ressources de son environnement » (Le Boterf, 2002, p. 22). L'infirmière doit alors savoir faire face à l'aléatoire, l'inédit et l'incertitude de situations ou de problèmes où il est nécessaire d'agir rapidement, efficacement malgré le manque d'informations. La possibilité de se référer à ses collègues ou d'avoir leur avis expérimenté permet au professionnel de ne pas se sentir seul ; la solitude entraînant des risques sur les initiatives prises et les résultats obtenus (Le Boterf, 2002, p. 22).

Une définition encore plus large peut être donnée au concept de compétence qui converge vers la compétence clinique. Phaneuf (2002) la définit de cette manière:

En ce qui concerne les soins infirmiers, il s'agit d'un ensemble intégré qui suppose la mobilisation des capacités cognitives et socio-affectives de la soignante, de savoirs théoriques, organisationnels et procéduraux, de même que les habiletés techniques et relationnelles appliquées à des situations de soins, ce qui lui permet d'exercer sa fonction au niveau de l'excellence. Cette intégration amène l'infirmière à s'ouvrir à la compétence clinique. (p. 4)

Ceci fait référence au « savoir agir » qui implique la mobilisation des capacités et connaissances, ensuite de les sélectionner dans ses ressources personnelles en sachant les intégrer et les transférer en fonction du contexte professionnel (Phaneuf, 2002, p. 5). Le Boterf (2002) décrit le « savoir agir » en relation avec les compétences « L'employé doit « savoir quoi faire » et quand.... On attend de lui qu'il soit capable d'agir de façon efficace dans des situations où il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires » (p. 20). Afin d'être reconnu comme compétent, il est nécessaire d'aller au-delà de la prescription (Le Boterf, 2002, p. 20). En effet, un individu est qualifié et reconnu de « compétent » seulement s'il est apte, pas seulement de réussir une action, mais aussi de comprendre le pourquoi et le comment de son acte. « Être compétent, c'est non seulement être capable de faire ou d'agir, mais c'est aussi pouvoir analyser et expliquer sa façon de faire ou d'agir » (Le Boterf, 2002, p. 22). Le Boterf (2002) rappelle que le contexte a une influence sur le « savoir agir », ceci pouvant être mis en lien avec les infirmières travaillant en milieu carcéral. Un environnement « d'organisation et de situation professionnelle à prescription stricte d'application de consignes » (Le Boterf, 2002, p. 20) impliquera une compétence de « savoir-faire en situation » (Le Boterf, 2002, p. 20). Au contraire, si l'infirmière peut organiser son travail dans un contexte de polyvalence, de prise de risques et d'ouverture de prescription alors « la compétence requise pourra être définie en termes de « savoir agir en situation » (Le Boterf, 2002, p. 20).

Ainsi ce qui vient d'être dit prend tout son sens lors de la lecture des sept compétences infirmières, décrites par la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale dans le guide d'évaluation des compétences pour le Bachelor en soins infirmiers. Toutes ces compétences sont regroupées en sept rôles: rôle d'expert en soins infirmiers, rôle de communicateur, rôle de collaborateur, rôle de manager, rôle de promoteur de la santé, rôle d'apprenant ou de formateur et rôle professionnel (Appendice B). L'acquisition de ces différents rôles permet alors à l'infirmière de construire son identité professionnelle et d'acquérir ces compétences.

Pour conclure, il serait faux de considérer que la compétence ne comprend que « les aspects froids et techniques de l'organisation et de la prestation des soins » (Phaneuf, 2002, p. 7). Au contraire, elle comprend les qualités relationnelles et se développe avec du temps. Il est également important de rappeler qu'une compétence ne s'acquière pas pour toujours et qu'il est indispensable de la maintenir à jour en faisant preuve d'ouverture au changement et en se formant continuellement (Phaneuf, 2002, p. 5). Elle n'englobe pas seulement le savoir et l'action à eux seuls mais implique un savoir en actes, responsable et planifié (Phaneuf, 2002, pp. 6-7). Enfin, certaines de ces compétences font référence à l'approche centrée sur la personne développée par Carl Rogers.

L'approche centrée sur la personne (ACP) de Carl Rogers

Carl Rogers, un des psychologues américains les plus influents, est connu pour avoir développé, notamment, le modèle humaniste rogerien à partir de ses différentes expériences de vie personnelles (Approche centrée sur la personne: pratique et recherche [ACP], 2015). « Le paradigme de sa théorie a évolué et s'est défini sous le vocable de psychothérapie non-directive, de psychothérapie centrée sur le client, d'approche centrée sur la personne » (ACP, 2015). La théorie qu'il créa

permet d'influencer les infirmiers et infirmières dans leur communication, dans leur « prendre soin » des malades et dans leur relation avec les patients. Selon Harlow-Klein et Ducroux-Biasse (2009) :

Les soins infirmiers ont une longue tradition du «prendre soin» des personnes malades ainsi que du travail avec des clients pour promouvoir leur santé et leur bien-être. Les valeurs du «prendre soin» sont profondément ancrées dans la culture des soins infirmiers et les patients reconnaissent souvent les infirmiers et infirmières comme des professionnels en qui ils peuvent avoir confiance pour leurs soins, leur savoir et souvent leur expertise à sauver des vies, en partie du fait qu'ils sont avec les patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. (p. 63)

Rogers (1977) écrit notamment à ce sujet en disant que:

Les thérapeutes adoptent une attitude paternaliste, ou suivent le modèle médical ... en croyant qu'il est parfois préférable que le contrôle soit situé chez le thérapeute, et qu'à d'autres moments (la décision étant prise par le thérapeute) le contrôle soit entre les mains du patient ou du client (Harlow-Klein & Ducroux-Biasse, 2009, p. 65).

Il remarque alors que son approche remettait en question le pouvoir des thérapeutes à son époque (Harlow-Klein & Ducroux-Biasse, 2009, p. 65). Selon

Rogers (1962), cette théorie explique principalement que:

L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources (ACP, 2015).

Il existe trois conditions nécessaires permettant de créer un climat favorable à la croissance de l'individu et d'en favoriser le changement. La première se nomme authenticité ou congruence (ACP, 2015). Rogers (1962), explique que « plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive » (ACP, 2015). Cela implique que le soignant se fait transparent, accessible pour le patient, qui peut pleinement le voir dans la relation. Mais le

thérapeute doit aussi être conscient de ce qu'il vit à l'intérieur de lui-même afin de réaliser ce qu'il est en train de faire. Le second aspect se nomme acceptation. Il est résumé comme étant le regard positif inconditionnel par Rogers (1962):

Lorsque le thérapeute éprouve une attitude positive et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment, peu importe ce qu'il est à ce moment-là, il est vraisemblable qu'un mouvement ou changement thérapeutique se produira. Le thérapeute est désireux que le client soit le sentiment immédiat qu'il éprouve au moment même, quel que soit ce sentiment : confusion, ressentiment, crainte, colère, amour ou orgueil. Cette attention de la part du thérapeute n'est pas possessive. L'estime qu'il a pour son client est plutôt totale que conditionnelle (ACP, 2015).

Enfin la troisième attitude est la « compréhension empathique » (ACP, 2015). Cela implique que les sentiments et les significations vécus par le patient sont ressentis par le thérapeute et que cette compréhension est communiquée. Cela permet au soignant de clarifier ce que son patient vit sur le moment, qu'il en soit conscient ou non. Cet aspect ne peut se faire qu'en faisant preuve d'écoute sensible et active (ACP, 2015). Le changement peut être amené lorsque les personnes se sentent et sont acceptées, estimées et bienveillantes envers elles-mêmes. L'empathie et l'écoute active permet au patient de se sentir plus authentique, réel, libre, lui-même, se sentant acteur efficace dans le développement de sa personne (ACP, 2015). De plus, Rogers (1977) souligne que le processus de changement peut aussi s'aider de la formation de petits groupes:

Des petits groupes (en thérapie comme en classe) peuvent, avec sensibilité et responsabilité, établir des relations interpersonnelles constructives et faire sagement le choix de buts individuels et de groupe. Tout cela est possible avec l'aide d'une personne facilitatrice qui crée un climat d'authenticité, d'attention et d'affection (Harlow-Klein & Ducroux-Biasse, 2009).

Bien que l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers est une théorie qui est appliquée en prison (Bowring-Lossock, 2006), celle-ci est paradoxale avec le milieu carcéral. En effet, « ... le mandat premier du milieu correctionnel (punir) rend

l'exercice infirmier difficile » (Holmes & Jacob, 2012) et agir avec les détenus « selon des modalités « correctionnelles » crée une tension avec les rôles infirmiers ce qui menace la relation infirmier/ère-patient » (Holmes & Jacob, 2012). Ceci démontre que l'approche centrée sur la personne, avec les principes d'authenticité, d'acceptation, d'écoute et d'empathie n'est pas chose évidente à pratiquer en prison.

En conclusion, Rogers (1977), résume l'approche centrée sur la personne de la manière suivante :

L'approche centrée sur le client, expérientielle, centrée sur la personne sollicite régulièrement les capacités et l'autonomie de la personne, son droit à choisir les directions dans lesquelles elle orientera son comportement et finalement sa responsabilité vis-à-vis d'elle-même dans la relation thérapeutique (et dans sa propre vie – souligné par Rogers)... (Harlow-Klein & Ducroux-Biasse, 2009, p. 59).

Méthode

La méthode utilisée pour le Bachelor Thesis sera celle de la revue de littérature étoffée. Ce devis permettra de combiner les résultats d'études déjà publiées sur le sujet et d'en réaliser une synthèse. Les avantages de la revue de littérature sont de pouvoir maîtriser un sujet grâce à des recherches qui ont déjà été développées, de faire des liens avec la pratique soignante et de se questionner sur de nouvelles interrogations en lien avec le sujet (Loiselle, 2007, p.139).

Étapes de réalisation de la revue de littérature étoffée

En vue de la rédaction de cette revue de littérature étoffée, des recherches sur les différentes banques de données informatisées telles que PubMed, Google Scholar, Science Direct, EBSCOHOST, la Bibliothèque de Champlain de l'Université de Moncton et Cinahl ont été réalisées. Il a été difficile de trouver des articles pertinents sur ce thème, dû au manque d'études faites à ce sujet. Nous avons donc fait appel à des professionnels du domaine carcéral afin de guider les recherches. De plus, ce thème a été amélioré à de multiples reprises, ce qui nous a poussé à faire de nombreuses recherches en changeant de mots-clés. Le sujet étant trop précis au début de cette revue de littérature étoffée, nous avons dû élargir celui-ci afin de trouver des articles scientifiques appropriés. Cependant, après des recherches approfondies, six études ont tout de même été sélectionnées et analysées à l'aide de grilles se trouvant en annexe. Dans les points suivants, les principaux termes de recherche utilisés (MeSH et non-MeSH) seront présentés.

Stratégies de recherche et termes MeSH et non-MeSH

Afin de réaliser des recherches précises dans les banques de données, des mots clés répondant à l'objet de la thématique abordée ont été choisis.

Les termes MeSH et non-MeSH utilisés sont mentionnés ci-dessous et traduits en français.

Forensic psychiatry	Psychiatrie forensique
Forensic Nursing	Soins infirmiers forensiques
Psychiatric Nursing	Soins infirmiers psychiatriques
Prisons	Prisons
Nursing	Soins infirmiers

Les termes non-MeSH:

Interventions	Interventions
Forensic	Forensique
Skills	Compétences, aptitudes
Competency	Compétence
Competencies	Compétences
Forensic psychiatric nursing	Soins infirmiers psychiatriques forensiques
Psychiatric	Psychiatrique
Nurse	Infirmière

Suite à des recherches dans les banques de données, il est intéressant de traiter de ce sujet, qui n'a pas été étudié ces dernières années.

Les critères d'inclusion retenus pour notre revue de littérature étoffée sont tout d'abord les articles traitant des compétences infirmières, des troubles mentaux et du

milieu carcéral. De plus, toutes les recherches ont dû être publiées entre l'an 2000 et aujourd'hui. Enfin, les articles doivent être rédigés en anglais ou en français.

Les articles dont le contexte est autre que le milieu carcéral et ceux traitant des compétences infirmières attendues par les détenus regroupent les critères d'exclusion. Finalement les études réalisées avant l'an 2000 ne sont pas non plus prises en considération.

Démarches d'analyse et stratégies de recherches

En associant les divers termes MeSH, plusieurs articles sont trouvés et un Flow chart est effectué (Appendice C). Tout d'abord, un total de 193 études sont identifiées dans les moteurs de recherche et une étude est retenue à l'aide des références bibliographiques d'autres articles. Parmi les recherches identifiées, 54 paraissent pertinentes à la lecture du résumé. Ensuite, en lisant de manière plus approfondie, 12 études sont maintenues pour l'analyse critique. Suite à l'analyse, six études ne sont pas retenues dues aux critères d'exclusion mentionnés ci-dessus. Finalement, la revue de littérature étoffée comporte six articles scientifiques pertinents.

Les deux premières recherches trouvées sont de Mason, Coyle et Lovell (2008) « Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions » et « Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects », en écrivant les mots clés suivant: « psychiatric prison nurse competence » sur Google scholar.

Depuis la base de données de la Bibliothèque Champlain de l'Université de Moncton, le troisième article de Bowen et Mason (2012) « Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality

disordered patients » a été trouvé avec l'aide des mots clés suivant « psychiatric nursing competencies prisons ».

Le quatrième article de Mason et Phipps (2010) « Forensic Learning Disability Nursing Skills and Competencies: A Study of Forensic and Non-Forensic Nurses » a été découvert dans la base de données Google Scholar en utilisant les mots suivant: « forensic psychiatric nursing skills and competencies ».

L'étude de Rask et Levander (2001) s'intitulant « Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey » est le quatrième article trouvé grâce au moteur de recherche Pubmed en mettant les termes MeSH suivant (« Forensic Psychiatry »[Mesh] AND « Nursing »[Mesh]) AND « Psychiatric Nursing »[Mesh] AND interventions[All Fields].

Enfin, le dernier article est celui de Baxter (2002) intitulé « Nurses perceptions of their role and skills in a medium secure unit ». Il peut être aperçu dans la bibliographie de l'article de Shelton (2008) parlant des infirmières forensiques dans les environnements sécurisés. Shelton (2008), article non analysé car ne traitant pas des troubles mentaux, a été trouvé avec les mots clés suivants « prison nursing psychiatric competency » sur la banque de données Google Scholar.

Après avoir sélectionné ces six articles pour cette revue de littérature étoffée, ceux-ci ont été analysés selon les grilles quantitatives et qualitatives (Appendice D), tirées de Loiselle et Profetto-McGrath (2007) ainsi que de Fortin (2010).

Résultats

Cette revue de littérature compte cinq études quantitatives et une qualitative. Celles-ci identifient les compétences infirmières forensiques en milieu carcéral face aux patients atteints de troubles mentaux. Parmi les articles, trois sont descriptifs sous forme d'enquêtes, un est un devis non expérimental, un autre est construit selon une procédure d'échantillonnage aléatoire et le dernier est qualitatif selon une technique d'échantillonnage aléatoire stratifiée. L'ensemble des études retenues sont publiées entre 2001 et 2012. Seulement deux d'entre elles datent de 2001 et 2002 et les autres datent de moins de dix ans. Toutes les études sont menées en Europe, soit en Suède ou au Royaume Uni. Cinq études ont été approuvées par un Comité d'éthique.

La population interrogée dans l'ensemble des recherches comprend au total 2'883 personnes. Les deux études de Mason, Coyle et Lovell (2008) font part d'une enquête sur les compétences et les aptitudes des infirmières psychiatriques forensiques du point de vue de trois groupes de 1'172 personnes: des infirmières psychiatriques forensiques; des infirmières psychiatriques non forensiques; et d'autres disciplines (psychiatre, psychologue et travailleurs sociaux). Ensuite les études de Bowen et Mason (2012) et Mason et Phipps (2010) regroupent entre 600 et 800 infirmières forensiques et non forensiques. Une s'axe sur une compréhension des aptitudes et des compétences pour les soins infirmiers forensiques et non forensiques avec des patients psychopathes et des patients atteints de troubles de la personnalité (Bowen & Mason, 2012). L'autre décrit les compétences et aptitudes des infirmières psychiatriques forensiques, identifiant les principales compétences, les problèmes et les axes à développer (Mason & Phipps, 2010). La recherche de Rask et Levander (2001) compte, quant à elle, 242 infirmières travaillant dans un

milieu psychiatrique forensique et rend compte des différentes compétences verbales et non verbales lors des interactions entre les infirmiers et les patients. Enfin l'article de Baxter (2002) interroge 25 infirmières exerçant dans une unité de sécurité moyenne. Celui-ci s'intéresse à la perception des infirmières dans leur rôle et leurs compétences.

Suite à l'analyse des résultats effectuée dans les six études, des thèmes principaux émergent :

- Compétences relationnelles
- Compétences du rôle d'expert en soins infirmiers
- Compétences en gestion de la violence
- Compétences liées à l'établissement carcéral
- Compétences autres

La restitution des résultats est faite à l'aide de tableaux afin d'avoir une vision claire de toutes les compétences ressortant des études. Les compétences relevées ci-dessous sont celles des infirmières forensiques perçues par elles-mêmes, par les infirmières non forensiques et par les professionnels d'autres disciplines (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux). Afin d'éviter une confusion, il est important de signaler que les tableaux des résultats ne sont pas établis à titre comparatif.

Compétences relationnelles

Sur les six études retenues pour la revue de littérature étoffée, cinq d'entre elles évoquent les compétences relationnelles des infirmières forensiques travaillant avec des patients atteints de troubles mentaux.

		Bowen & Mason (2012)	Mason, Coyle & Lovell (2008a)	Mason, Coyle & Lovell (2008b)	Rask & Levander (2001)	Mason & Phipps (2010)
Infirmières forensiques	Être ferme	✓				
	Honnêteté	✓				
	Confiance	✓				
	Capacité d'écoute	✓	✓			
	Assurance	✓				
	Être non-menaçant	✓				
	Être non-jugeant	✓	✓			
	Être capable de s'attendre à quoi que ce soit	✓				
	Ne pas réagir de façon excessive	✓				
	Ne pas les mettre à l'écart	✓				
	Respect	✓				
	Humour	✓				
	Interactions sociales				✓	
	Interactions verbales régulières				✓	
	Entraînement aux habilités sociales en dehors et à l'intérieur de l'institution				✓	
	Capacités de communication		✓			✓
	Empathie		✓			
	Patience		✓	✓		
	Interventions psycho-sociales			✓		
Infirmières non forensiques	Formation dans les relations		✓	✓		✓
	Interventions psycho-sociales			✓		
	Compétences de conseillère			✓		
	Entente			✓		
	Compétences en communication		✓	✓		✓
	Patience			✓		
	Confiance			✓		
	Rassurer positivement			✓		
	Avoir du bon sens			✓		✓
	Ouverture d'esprit		✓			
	Humour		✓			
	Compassion		✓			
	Capacités d'écoute		✓			
	Thérapie familiale					✓
	Aptitudes d'empathie					✓
Autres disciplines	Capacités d'écoute		✓			
	Capacités de communication		✓			
	Temps d'écoute comme une priorité		✓			
	Compétences de conseillère		✓	✓		

Tableau 1: Compétences relationnelles

Comme observés dans le tableau ci-dessus, les résultats de ces études révèlent «la communication» comme étant une des compétences la plus souvent citée (Mason, Coyle & Lovell, 2008a ; Mason, Coyle & Lovell, 2008b ; Mason & Phipps, 2010). En effet, elle est indiquée six fois tant par les infirmières forensiques, que non forensiques et les professionnels d'autres disciplines. Pouvant être comprise dans la communication, la compétence dans les «interactions verbales» est mise en évidence dans l'étude de Rask et Levander (2001).

Deux études (Mason et al., 2008a ; Bowen & Mason, 2012) ont montré que la «capacité d'écoute» est une compétence nécessaire en soins infirmiers psychiatriques forensiques. Relevée quatre fois et par toutes les catégories confondues, les auteurs (Mason et al., 2008a) la mettent en évidence dans leur «Top dix» des compétences spéciales requises en soins infirmiers psychiatriques forensiques. La « ...capacité d'écoute était également statistiquement significative par rapport aux infirmières non forensiques ($X^2=26,5$, d.l.=1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($X^2=5,03$, d.f.=1, $P \leq 0,025$) » (Mason et al., 2008a).

Revenant à trois reprises dans le tableau et citée dans trois études (Mason et al., 2008a ; Mason et al., 2008b ; Mason & Phipps, 2010), « la formation dans les relations » est un élément important. Elle est mise en évidence par le groupe non forensique. «Les évaluations rendues par le groupe non forensique considèrent la formation dans le relationnel... comme la plus importante » (Mason & Phipps, 2010). A noter que cet aspect est aussi perçu par le groupe des infirmières non forensiques comme étant à développer dans le domaine des soins infirmiers forensiques (Mason & Phipps, 2010).

Citées à trois reprises, « les compétences de conseillère » sont mises en évidence par deux études (Mason et al., 2008a ; Mason et al., 2008b). Elles sont relevées par les infirmières non forensiques et les professionnels d'autres disciplines. En effet, dans l'exposition des résultats de Mason et al. (2008b), cette compétence revient en troisième position dans le tableau du « Top dix » des « meilleures compétences requises pour surmonter les problèmes ». « L'empathie » est, quant à elle, relevée par Mason et al. (2008a). Les infirmières forensiques l'ont mise en évidence dans le « Top dix » des compétences requises en soins infirmiers. Les résultats de Mason et Phipps (2010) la montrent comme étant une compétence à développer.

Pour finir, de nombreuses compétences sont relevées par les différents auteurs à deux reprises, comme par exemple : la patience, une attitude de non-jugement, avoir du bon sens, l'humour et les interventions psycho-sociales (cf. tableau 1).

Compétences du rôle d'expert en soins infirmiers

Cinq études traitent des compétences liées au rôle d'expert de l'infirmière forensique pour les patients atteints de troubles mentaux.

		Bowen & Mason (2012)	Mason, Coyle & Lovell (2008a)	Mason, Coyle & Lovell (2008b)	Mason & Phipps (2010)	Baxter (2002)
Infirmières forensiques	Présentation de la maladie					✓
	Identifier les objectifs des patients	✓				
	Compétences pour les troubles de la personnalité		✓	✓		
	Connaissances cliniques		✓			
	Connaissances			✓		
	Identifier les déclencheurs				✓	
	Diagnostics infirmiers			✓		
	Les addictions			✓		
	Evaluations				✓	
Infirmières non forensiques	Interventions préventives				✓	
	Traitements alternatifs			✓		
	Formations par rapport aux interventions				✓	
	Connaissances cliniques		✓			
	Anticipation des événements				✓	
	Les signes avant coureurs				✓	
	La gestion des médicaments				✓	
	Les interventions spécifiques				✓	
	Compréhension du comportement				✓	
Autres disciplines	Évaluation des stratégies				✓	
	Interventions psychologiques				✓	
	Compétences spécialisées (abus de drogues et alcool)		✓			
	Compétences d'analyse			✓		
	Perceptive centrée sur le patient			✓		
	Supervision clinique			✓		

Tableau 2: Compétences du rôle d'expert en soins infirmiers

Citées à deux reprises par Mason et al. (2008a ; 2008b), la compétence pour les troubles de la personnalité est relevée par les infirmières forensiques en première position dans le « Top dix » des compétences requises en soins infirmiers

forensiques (Mason et al., 2008a). Elle est statistiquement significative par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2 = 29,5$, d.f. = 1, $P \leq 0,001$) et aux autres disciplines ($\chi^2 = 6,33$, d.f. = 1, $P \leq 0,012$). De plus, elle est citée par les infirmières forensiques comme une compétence à développer (Mason et al., 2008b). Pour finir, le groupe des infirmières forensiques a estimé que la compétence d'évaluation était l'une des plus importante dans le domaine des compétences à développer (Mason & Phipps, 2010).

Compétence en gestion de la violence

Cinq études de la revue de littérature étoffée révèlent des résultats au sujet des compétences liées à la gestion de la violence pour les infirmières forensiques avec des détenus atteints de troubles mentaux.

		Bowen & Mason (2012)	Mason, Coyle & Lovell (2008a)	Mason, Coyle & Lovell (2008b)	Mason & Phipps (2010)	Baxter (2002)
Infirmières forensiques	Question de sécurité					✓
	Fixer des limites	✓				
	Définir des limites	✓				
	Évaluer les risques	✓				
	Négocier les limites	✓				
	Se mettre d'accord sur les limites	✓				
	Établir des sanctions convenues	✓				
	Gestion de l'agression			✓		
	Évaluation des risques				✓	
	Interventions préventives				✓	
	Contrôle des médicaments				✓	
	Formation à la violence			✓		
	Interventions pour la violence			✓		
	La technique de désescalade				✓	
	Gestion du risque				✓	
	Limites claires				✓	
	Gestion de la violence				✓	
	Désescalade				✓	
Infirmières non forensiques	Gestion de l'agression		✓	✓		
	Évaluation des risques			✓	✓	
	Gestion du risque				✓	
Autres disciplines	Gestion de l'agression		✓			
	Comportement difficile			✓		

Tableau 3: Compétences en gestion de la violence

Trois études (Bowen & Mason 2012 ; Mason et al., 2008b ; Mason & Phipps, 2010) ont montré que « l'évaluation des risques » est une compétence nécessaire dans le milieu forensique. Dans un article (Mason & Phipps, 2010), cette compétence fait partie des dix éléments les plus importants relevés par le groupe des infirmières forensiques. Dans l'étude de Mason et al. (2008b), les infirmières non forensiques perçoivent cet aspect comme une compétence à développer pour les infirmières forensiques.

« La gestion de l'agression » est une compétence relevée à trois reprises dans deux études (Mason et al., 2008a ; Mason et al., 2008b). « Le groupe forensique rapporte la "gestion de l'agression" comme la compétence la mieux adaptée pour surmonter les problèmes principaux, ce qui était statistiquement significatif en relation au groupe non forensique ($\chi^2 = 16.8$, d.f. = 1, $P \leq 0.001$) et aux autres disciplines ($\chi^2 = 5.09$, d.f. = 1, $P \leq 0.024$) » (Mason et al., 2008b). Dans ces études, les infirmières non forensiques perçoivent pour les infirmières forensiques que cette compétence comme est à développer auprès des détenus atteints de troubles mentaux.

Ensuite dans l'article de Mason et Phipps (2010), les infirmières forensiques et non forensiques mettent en évidence « la gestion du risque » comme une compétence à développer dans le cadre des soins infirmiers forensiques. De plus, elle fait partie du « Top Ten » des compétences les mieux adaptées pour surmonter les problèmes du point de vue des infirmières forensiques.

Finalement, les résultats suggèrent des compétences sur les questions de sécurité pour les infirmières forensiques (Baxter, 2002).

Compétences liées à l'établissement carcéral

Dans cette revue de littérature étoffée, cinq études rendent compte des compétences infirmières forensiques en relation avec des détenus souffrant de troubles mentaux.

		Bowen & Mason (2012)	Mason, Coyle & Lovell (2008a)	Mason, Coyle & Lovell (2008b)	Mason & Phipps (2010)	Baxter (2002)
Infirmières forensiques	Compétences de gestions					✓
	Compétences législatives					✓
	Avoir une approche en équipe	✓				
	Travail multidisciplinaire		✓	✓	✓	
	Travail en équipe en soins infirmiers			✓		
	Cohérence des approches			✓		
	Les approches en équipe			✓		
	Une bonne équipe médicale			✓		
	La constitution de l'équipe				✓	
	Travail lié à l'infraction			✓		
	Cohérence au sein du personnel			✓		
	Equipe multidisciplinaire avec des compétences en communication			✓		
Infirmières non forensiques	Personnel compétent			✓		
	Environnement thérapeutique			✓		
	Petite unité			✓		
	Salle Unisexe			✓		
	Travail multidisciplinaire				✓	
	Milieu thérapeutique				✓	
Autres disciplines	La planification de soins multidisciplinaires			✓		
	Compétences générales des professionnels			✓		
	Soutien par les pairs			✓		
	Soutien organisationnel			✓		
	Travail de groupe			✓		
	Travail conjoint avec la psychologie			✓		

Tableau 4: Compétences liées à l'établissement carcéral

Trois études (Mason et al., 2008a ; Mason et al., 2008b ; Mason & Phipps, 2010) ont montré que «le travail multidisciplinaire» est une compétence nécessaire pour les infirmières forensiques. Elle est mise en évidence par les infirmières forensiques et non forensiques ainsi que par les professionnels des autres disciplines. De plus, elle est ressortie comme significative dans l'étude de Mason et al. (2008b) par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2 = 9,26$, d.f.= 1, $P \leq 0.002$).

L'« approche en équipe » est une deuxième compétence relevée par les infirmières forensiques dans les études de Bowen et Mason (2010) et Mason et al. (2008b).

Les résultats de l'article de Baxter (2002) semblent indiquer que des compétences en législation font partie des principales différences entre les infirmières forensiques et les infirmières générales de soins infirmiers en santé mentale. De plus, le comportement de la maladie et la délinquance seraient des éléments qui demandent des compétences de gestion pour les infirmières forensiques.

Des résultats ont montré des compétences en soins infirmiers forensiques devant être développées. « Le travail d'équipe en soins infirmiers », « le travail lié à l'infraction » et « la cohérence au sein du personnel » (Mason et al., 2008b) sont révélés par les infirmières forensiques. Le « travail de groupe », les « petites unités » et des « salles unisexes » sont suggérés soit par des professionnels d'autres disciplines, soit par les infirmières non forensiques pour les infirmières forensiques (Mason et al., 2008b). L'« environnement thérapeutique » ou le « milieu thérapeutique » est également une proposition révélée par les infirmières non forensiques dans deux articles (Mason et al., 2008b ; Mason & Phipps, 2010). Enfin, les résultats de Mason et Phipps (2010), mettent en évidence « le travail multidisciplinaire », relevé par les infirmières non forensiques, comme étant une compétence à développer.

Compétences autres

La revue de littérature étoffée contient quatre études démontrant les compétences autres pour les infirmières forensiques travaillant avec des détenus atteints de troubles mentaux.

		Mason, Coyle & Lovell (2008a)	Mason, Coyle & Lovell (2008b)	Mason & Phipps (2010)	Baxter (2002)
Infirmières forensiques	Compétences en soins infirmiers de base				✓
	Connaissance du comportement criminel	✓			
	Contrôle et restriction			✓	
	Interventions générales			✓	
	Interventions spécifiques liées aux infractions			✓	
	Interventions pour les incendies criminels			✓	
	Compétences en recherche		✓		
Infirmières non forensiques	Connaissance des patients			✓	
	Patients âgés souffrant de troubles mentaux		✓		
	Protection des personnes vulnérables		✓		
	Patients traités comme des individus		✓		
	Expérience	✓			
	Sens de l'observation	✓			
	Interventions liées à l'infraction			✓	
Autres disciplines	Problèmes de comportement			✓	
	Efficacité	✓			
	Formation pour les comportements difficiles		✓		
	Affirmer son ego	✓			
	La pratique d'auto réflexion		✓		
	Gestion de la peur et des angoisses		✓		
	Acceptation du contre transfert	✓			
	Faible expression des émotions	✓			

Tableau 5: Compétences autres

Les infirmières non forensiques et les professionnels d'autres disciplines interrogés dans l'étude de Mason et al. (2008b), relèvent l'importance de compétences spécifiques à développer, comme celles « sur les patients âgés souffrant de troubles mentaux, sur la protection des personnes vulnérables et sur les patients traités comme étant des individus ».

Discussion

Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les compétences des infirmières forensiques travaillant en milieu carcéral face aux patients atteints de troubles mentaux. Suite à l'analyse des six articles scientifiques pertinents, une synthèse des résultats est réalisée. Ceux-ci sont catégorisés dans cinq groupes pour faciliter la compréhension: les compétences relationnelles, les compétences du rôle d'expert en soins infirmiers, les compétences liées à la gestion de la violence, les compétences liées à l'établissement carcéral et les compétences autres. Les groupes sont développés dans le chapitre suivant en lien avec les cadres de références et les concepts décrits dans le chapitre « cadre conceptuel ».

Afin de permettre une meilleure compréhension, il est important de rappeler que le but de la discussion des résultats ci-dessous n'est pas de faire une comparaison entre les compétences des différents groupes. Mais, elle permet de discuter des compétences relevées par les trois groupes pour les infirmières forensiques.

Le relationnel versus la pratique

La majorité des infirmières forensiques travaillant avec des détenus souffrant de troubles mentaux ont identifié des compétences relationnelles. Elles sont à la base de la relation thérapeutique et font appel à l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. En effet, cette théorie permet d'influencer les infirmiers et les infirmières dans leur communication, dans leur prise en soins et dans leur relation avec les malades (Harlow-Klein & Ducroux-Biasse, 2009). L'article de Mason et Phipps (2010) met en évidence que la communication est l'un des éléments relationnels à développer pour les infirmières forensiques. Pour ces dernières, il est important de se concentrer sur leurs relations avec leurs patients (Rask & Levander,

2001). Afin d'établir une communication et une relation thérapeutique, il est primordial de faire preuve d'empathie et de capacité d'écoute. Ces éléments, mis en évidence dans différents articles (Mason et al., 2008a ; Bowen & Mason, 2012 ; Mason & Phipps, 2010), font partie des trois conditions nécessaires relevées par Rogers qui permettent de créer un climat favorable à la croissance du patient et d'en favoriser le changement (ACP, 2015). L'aspect intéressant dans ces compétences relationnelles importantes est que les infirmières non forensiques identifient la « formation en relation » au sommet de leur liste, suivies par les compétences d'empathie. Le fait d'établir une relation avec le patient en étant non jugeant et de manière non menaçante (Bowen & Mason, 2012) fait écho à ce qu'explique Rogers. De plus, le guide d'évaluation des compétences en soins infirmiers demande de démontrer « une attitude relationnelle professionnelle empreinte de respect, d'empathie, de congruence et d'authenticité » (HES-SO, 2013). Elle fait partie des compétences à acquérir dans le rôle de communicateur. Lorsque le soignant adopte une attitude positive et d'acceptation, il est très probable qu'un changement thérapeutique se produit (ACP, 2015). Nous remarquons alors que la communication peut avoir une influence sur le changement de comportement des détenus. Comme le cite la revue de littérature de Murphy et McVev's (2003a), les infirmières forensiques et non forensiques mettent en évidence « qu'établir une relation thérapeutique est la base des soins infirmiers auprès des patients atteints de troubles de la personnalité » (Bowen & Mason, 2012). Cependant, une différence existe entre les deux catégories d'infirmières dans les actions prioritaires de cette relation thérapeutique : les infirmières forensiques sont plus orientées vers un rôle actif et les infirmières non forensiques plus orientées vers un rôle passif (d'écoute) (Bowen & Mason, 2012). Il est intéressant de relever que les compétences avec les détenus souffrant de « troubles de la personnalité » sont un des éléments qui pose

le plus de difficultés aux infirmières forensiques. Particulièrement mis en évidence dans les résultats de l'étude de Mason et al. (2008b), toutes les catégories les placent au sommet de leur liste. Cette lacune fait ressortir l'aspect plus pratique des soins infirmiers dans ce milieu avec la gestion du trouble mental en milieu carcéral. Ceci est confirmé par Clare et Mosher (2005), Howells, Rogers, et Wilcock (2000) qui notent que « les infirmières forensiques veulent voir se développer des éléments qui sont beaucoup plus tangibles et physiques, comprenant « le contrôle et la restriction » et des « interventions préventives » », par exemple (Mason & Phipps, 2010). « Principalement axés sur les aspects « physiques » mis en évidence par les infirmières forensiques, ils sont juxtaposés avec les aspects « relationnels » que les infirmières non forensiques perçoivent comme étant importants » (Mason & Phipps, 2010). Cet aspect semble être important à relever afin de permettre à l'infirmière forensique d'être compétente tant au niveau relationnel qu'au niveau pratique.

La gestion de la violence

Un des aspects mis en évidence par les infirmières forensiques est la difficulté liée aux compétences de la gestion de la violence, de la dangerosité et de l'agression. Les cinq principales préoccupations des infirmières forensiques dans l'article de Mason et Phipps (2010) sont reliées à la dangerosité ou à la violence/agression. Fait intéressant car certains de ces thèmes sont ressortis dans les cinq premiers problèmes suggérés par les infirmières non forensiques (la violence, l'agressivité, l'impulsivité, risque pour autrui) (Mason & Phipps, 2010). Celles-ci rajoutent que le manque d'interventions et de méthodes de traitement peut se révéler frustrant pour le patient et le personnel clinique, ce qui selon Mason et Carton (2002) et Stanley et Swann (2005) entraîne des difficultés dans l'exercice de leur rôle (Mason et al., 2008a). Dans l'article de Mason et al. (2008a), la gestion de l'agression ne figure

pas dans le « top ten », mais s'inscrit plus loin dans la liste complète. Selon Mason et al. (1999) « Cela donne à penser que selon la perception des infirmières forensiques, elles font face à une agression sur une plus grande échelle que ce qui se produit dans la réalité » (Mason et al., 2008a). Ceci est confirmé par les facteurs problématiques identifiés par les infirmières forensiques. En effet ce sont des problèmes en lien avec des troubles du comportement humain, formant un cadre interactif complexe et pouvant causer un stress continu (Mason et al., 2008b). Les professionnels des autres disciplines ont quant à eux suggéré que les infirmières forensiques « pourraient être punitives dans leur approche et qu'elles ont peu de compétences sur la négociation et l'évaluation des risques » (Mason et al., 2008a). Bowen et Mason (2012), au contraire, mettent en évidence que les compétences autour de la négociation font partie des caractéristiques les plus frappantes pour les infirmières forensiques. Niskala (1987), Conacher (1993), Coffey et Coleman (2001) expliquent cette différence en disant qu'une certaine tension existe dans les éléments signalés par les professionnels des « autres disciplines » et que ceci est le reflet probable d'une « tension multidisciplinaire existante dans de nombreux contextes forensiques » (Mason et al., 2008a). Il est important de souligner, tout de même, que des compétences en rapport avec la gestion de la violence, comme « l'évaluation des risques », « gestion de l'agression », « gestion du risque » et « questions de sécurité pour les infirmières forensiques », ont été relevées dans plusieurs études comme étant des compétences à développer (Mason et al., 2008a ; Mason et al., 2008b ; Mason & Phipps, 2010 ; Baxter, 2002). Ceci pourrait indiquer la nécessité de mettre en place une formation dans la gestion de la violence et de l'agressivité. Il faut aussi relever que ces compétences de gestion de la violence font référence au milieu dans lequel les infirmières forensiques exercent. Comme le confirment Alderson et al. (2013) qui

explique que les infirmiers sont conscients de travailler dans un environnement avec de nombreuses situations de danger quotidiennes et qu'ils développent entre eux des stratégies de protection (comme par exemple : ne pas laisser seul un collègue face à un détenu avec un haut risque de violence). L'aspect environnemental est cependant décrit plus en détails dans le point suivant.

L'environnement et le contexte

Comme expliqué ci-dessus, la violence et l'agression sont présentes et causent des problèmes aux infirmières forensiques. Les compétences dans ce domaine sont mises en lien avec l'environnement et le contexte. En effet, le stress du milieu carcéral combiné à celui des infirmières y travaillant construisent des conditions stressantes chroniques où les patients, comme le cite Lewis (2002), déversent leur agressivité périodiquement dans des états aigus de violence (Mason et al., 2008b). Whittington et Wykes (1992) et Mason et Mercer (1999) expliquent cela « Dans ces événements, l'explosion de la violence agit comme une forme de soulagement... » (Mason et al., 2008b), créant des conditions pas évidentes pour les infirmières. C'est donc de la responsabilité des politiques et des directeurs d'établissements carcéraux de veiller à ce que cette contrainte reste « acceptable » pour les soignants (Mason et al., 2008b). De plus, travailler avec des patients délinquants peut causer chez le personnel de santé de la prison un conflit d'intérêts. Selon Kitchiner et al (1992a), « le conflit de rôle a été identifié comme une source importante de stress chez les infirmières » (Baxter, 2002). En effet, le double rôle de soignant et de gardien « peut provoquer des conflits et du stress, mais affecte également les attitudes des infirmières envers les patients » (Baxter, 2002). Dans l'article de Mason et al. (2008a), les professionnels des autres disciplines, ont identifié les fortes compétences des infirmières forensiques en paramètres

organisationnels. Fait intéressant car Alexander-Rodriguez (1983), Abeyta-Phelps (1993), Burrows (1993a,b) ainsi que Rask et Hallberg (2000) suggèrent « que les infirmières travaillant dans des contextes forensiques avec des patients hospitalisés ont tendance à compter sur l'institution pour organiser les règles et réglementer les procédures » (Mason et al., 2008a). Les infirmières forensiques ont également suggéré que des compétences dans le travail multidisciplinaire et un environnement sûr sont des avantages pour leur pratique (Mason et al., 2008a). Les obstacles à l'infirmière psychiatrique forensique sont organisationnels et selon l'IAFN (1997), Conway (1998) et le National Service Framework Mental Health (1999), cet aspect « doit clairement être traité au niveau de la direction » (Mason et al., 2008a).

Conclusion de la discussion

Tous ces éléments font référence au « savoir combiner » décrit dans le concept des compétences. En effet, l'infirmière forensique doit combiner de multiples dimensions (relationnelles, pratiques, institutionnelles,...) dans un milieu où les savoirs organisationnels et techniques sont étroitement liés (Phaneuf, 2002, p.3). De plus, elle doit faire appel tant à ses compétences personnelles que cliniques en passant par celles qui sont professionnelles. Le milieu carcéral fait donc référence à des compétences spécifiques nécessitant une certaine expertise (Baxter, 2002). Enfin, il est important encore de noter que les principales similitudes ont été relevées en terme de gestion de la violence et de l'agression et ont mis en évidence l'importance des compétences relationnelles dans les interactions infirmières-patients détenus. L'approche centrée sur le patient nous paraît donc appropriée dans ce contexte afin de favoriser le changement et la relation thérapeutique.

Regard critique sur les études sélectionnées

Pour cette revue de littérature étoffée, six articles sont retenus en lien avec la problématique. Beaucoup de recherches ont été effectuées sur le sujet traité, cependant très peu d'études répondent à tous les aspects de la question de recherche. Nous avons donc parcouru diverses bases de données afin de trouver des études scientifiques publiées à partir de l'an 2000. Conscients du risque d'élargir les dates de parutions, nous avons retenu des articles étant globalement de bonne qualité. Écrits en anglais, il nous a paru essentiel de traduire et d'analyser les articles à l'aide de grilles spécifiques, annexées à la revue. Afin de confirmer la pertinence de ceux-ci ainsi que la justesse des traductions, nous avons fait appel à des professionnels de la recherche.

Parmi les études sélectionnées, cinq sont quantitatives. Elles comprennent divers mécanismes afin de diminuer les biais ainsi que d'optimiser la précision et la conformité des résultats (Loiselle, 2007). La dernière est qualitative, une méthode subjective qui comporte une faible population. Cependant, elle permet de mettre en évidence l'expérience vécue des infirmières travaillant dans le domaine carcéral.

De plus, nous avons retenu uniquement les études qui correspondent aux critères de sélection cités dans la méthodologie. Néanmoins, notre revue de littérature comporte des faiblesses. Premièrement, le manque d'articles scientifiques sur ce sujet nous a obligés à en retenir quatre du même auteur (Mason). Cependant, il est important de relever que plusieurs autres auteurs se sont associés avec lui. Deuxièmement, les études englobent plusieurs contextes qui sont ceux des prisons ou des milieux psychiatriques forensiques de faible, moyenne ou haute sécurité. De plus, elles ciblent parfois des populations spécifiques comme dans l'étude de Bowen et Mason (2012) qui comprend les psychopathes et les personnes atteintes

de troubles de la personnalité ou au contraire, généralisent les pathologies psychiatriques comme dans les études de Mason et al. (2008).

Cependant, les faiblesses de cette revue de littérature citées ci-dessus sont principalement dues à un manque d'études scientifiques sur ce domaine.

Limites de cette revue de littérature

Cette revue de littérature étoffée met en évidence l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers en tant que cadre de référence. Cependant, elle n'est citée que très peu par les différentes études publiées sur le sujet. Conscients de cette limite, nous l'avons sélectionnée car beaucoup de résultats, relevés par nos articles scientifiques, sont liés au relationnel.

De plus, nous avons créé des thèmes afin de regrouper et de faciliter la compréhension des résultats. Cependant, la classification de ceux-ci n'est pas définitive et certains peuvent être classés dans différents ou dans plusieurs thèmes à la fois.

Interventions et recommandations pour la pratique infirmière

Les études retenues pour cette revue de littérature étoffée traitent des compétences infirmières travaillant en milieu carcéral face aux patients atteints de troubles mentaux. En effet, les auteurs relèvent de nombreuses compétences: relationnelles, liées à l'établissement carcéral, d'expert en soins infirmiers, en gestion de la violence et autres.

Différentes recommandations au sujet des compétences à développer pour la pratique infirmière ressortent et semblent être des points importants. Les infirmières forensiques auraient besoin de formations supplémentaires sur les troubles de la personnalité (Mason & al., 2008b). Bowen (2007) met en évidence le besoin d'une

formation centrée sur l'établissement de relations thérapeutiques, dans le contexte d'un trouble mental (Bowen & Mason, 2007). Les infirmières non forensiques et les professionnels d'autres disciplines proposeraient aux infirmières forensiques une formation sur la gestion de l'agression et l'évaluation des risques ainsi qu'une formation sur la gestion de la peur et l'anxiété (Mason & al., 2008b). De plus, les infirmières forensiques soulignent la communication comme étant l'un des domaines qu'elles aimeraient voir se développer (Mason & Phipps, 2010). La volonté de mettre plus d'accent sur le développement de compétences en matière de relation permettrait aux infirmières forensiques de « développer une orientation plus claire de leur rôle en soins infirmiers » (Mason & Phipps, 2010). Enfin, les infirmières forensiques auraient besoin d'une formation plus pointue sur la capacité de réflexivité dans l'action, y compris dans les pourparlers et le développement de techniques de négociation (Bowen & Mason, 2012).

Perspectives pour le futur

Plusieurs points sont ressortis dans les six articles utilisés pour la revue de littérature étoffée. Tout d'abord, les études de Mason et Phipps (2010) ainsi que Rask et Levander (2001) font ressortir qu'il aurait été intéressant de tenir compte des perspectives des patients et de leurs difficultés rencontrées dans le milieu carcéral et/ou dans le trouble mental. Pour les futures recherches, s'intéresser à une pathologie précise apporterait des interventions et des compétences plus spécifiques. Pour finir, aucune théorie de soin n'est clairement mise en place pour le milieu carcéral, ou dans tous les cas, elles sont souvent controversées, ce qui devrait pousser la recherche à se pencher sur ce sujet.

Conclusion

Cette revue de littérature étoffée expose les compétences infirmières forensiques perçues par les infirmières (forensiques et non forensiques) et des professionnels d'autres disciplines, travaillant avec des détenus souffrant de troubles mentaux. Suite à la mise en évidence de résultats probants, nous avons pu identifier les compétences principales relatives aux infirmières forensiques. Des compétences spécifiques et importantes liées au relationnel comme la capacité de communication ou encore la capacité d'écoute ont été relevées. Puis, celles sur la gestion de la violence ressortent en englobant l'évaluation des risques et la gestion de l'agression. Ce travail permet aussi de démontrer que les compétences autour de l'établissement carcéral comme le travail multidisciplinaire sont indispensables pour soigner des patients atteints de troubles mentaux dans ce milieu. De plus, sur la base des articles analysés, des pistes d'actions utiles pour la pratique infirmière ont pu être mises en évidence. Pour les recherches ultérieures, il serait intéressant de se pencher sur ce que les détenus atteints de troubles mentaux attendent des infirmières forensiques.

Finalement, grâce à ce travail, nous avons pu améliorer nos connaissances sur la thématique et les différents cadres conceptuels. Nous nous sommes rendus compte de l'importance des compétences relationnelles dans la pratique infirmière forensique et ceci dans un milieu peu propice aux soins de santé mentale.

A l'avenir, « nous pouvons prévoir que les infirmières forensiques vont développer une orientation plus claire de leur rôle en soins infirmiers... » (Mason & Phipps, 2010).

Liste des références bibliographiques

- ACP Pratique et recherche. (2015). *Approche Centrée sur la personne: pratique et recherche*. Accès <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- Alderson, M., Saint-Jean, M., Therriault, P. Y., Rhéaume, J., Ruelland, I., & Lavoie, M. (2013). La pratique infirmière en milieu carcéral: des détenus pour patients. *Recherche en soins infirmiers*, 113(2), 95-106.
- Baxter, V. (2002). Nurses' perceptions of their role and skills in a medium secure unit. *British Journal of Nursing*, 11(20), 1312-1319
- Bowen, M. & Mason, T. (2012). Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. *Journal of clinical nursing*, 21(23-24), 3556-3564.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse—a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 780-785.
- Burla, L. & Schuler, D. (2012). *La santé psychique en Suisse: Monitoring 2012*. Observatoire suisse de la santé (Obsan)
- Centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire. (2015). *Centre suisse de formation pour le personnel pénitentiaire*. Accès <http://www.prison.ch/fr>
- Dion, C. (2014). *Actes criminels et troubles mentaux graves : prison ou institution psychiatrique?* Accès <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20141217-actes-criminels-et-troubles-mentaux-graves-prison-ou-institution-psychiatrique.html>
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2^{ème} éd.
- Harlow-Klein, G. & Ducroux-Biass, F. (2009). «L'empowerment» et Carl Rogers. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 10(2), 52-67.
- Holmes, D. & Jacob, J. D. (2012). Entre soin et punition: la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 57-66.
- Holmes, D., Perron, A., Michaud, G., Montuclard, L. & Hervé, C. (2005). Scission entre le sanitaire et le pénitentiaire: Réflexion critique sur les (im) possibilités du soin infirmier au Canada et en France. *Journal de Réadaptation Médicale: Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 25(3), 131-140.

- Jordan, M. (2011). The prison setting as a place of enforced residence, its mental health effects, and the mental healthcare implications. *Health & place*, 17(5), 1061-1066
- Le Boterf, G. (2002). *De quel concept de compétence avons-nous besoin?*. *Soins cadres*, 41, 20-22.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 511-520.
- Mason, T., Coyle, D., & Lovell, A. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 131-139.
- Mason T., Lovell A. & Coyle D. (2008), « Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimension », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 118–130
- Mason, T. & Phipps, D. (2010). Forensic learning disability nursing skills and competencies: a study of forensic and non-forensic nurses. *Issues in mental health nursing*, 31(11), 708-715.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Office fédéral de la statistique. (2015). *Statistique de la privation de liberté*. Accès http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/19/03/05/key/ueberblick/wichtigsten_zahlen.html [Page consulté le 13 novembre 2014].
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill.
- Thomas, P. & Adins-Avinée, C. (2012). *Psychiatrie en milieu carcéral*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS. p.19
- Rask, M., & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse–patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 323-333.
- Romain-Glassey, N., Ninane, F., de Puy, J., Abt, M., Mangin, P. & Morin, D. (2014). *The Emergence of Forensic Nursing and Advanced Nursing Practice in Switzerland: An Innovative Case Study Consultation*. *Journal of forensic nursing*, 10(3), 144-152.
- Shelton, D. (2008). *Forensic nursing in secure environments*. *Journal of Psychiatric Nursing*, 131-142

Townsend, M-C. (2010). *Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale* (2^{ème} éd.).
Canada : Editions du renouveau Pédagogique Inc.

Université de Lausanne. (S.d.). *Forensic*. Accès
<http://www.bk.admin.ch/dokumentation/publikationen/00292/03397/index.html?lang=fr>

Vacheret, M., Lafortune, D. (2011), « *Prisons et santé mentale, les oubliés du système* », *Déviance et Société*, Vol. 35, p. 485-501

World health organization. (S.d.). *Information sheet: Mental health and prisons*.
Accès
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98989/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf

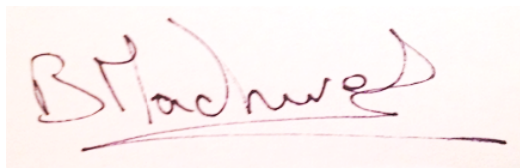
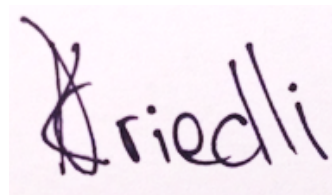
Zuercher, C. (2013). *Epidémie de «cas psy» dans les prisons suisses*. Accès
<http://www.amge.ch/2013/07/08/epidemie-de-cas-psy-dans-les-prisons-suisse/>

Appendices

Appendice A

Déclaration d'authenticité

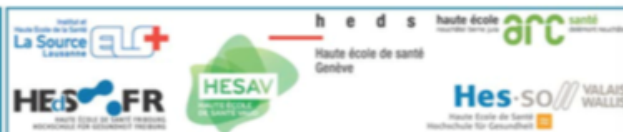
« Nous déclarons avoir réalisé ce travail pour l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers nous-mêmes, conformément aux directives et aux normes de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans la rédaction de ce travail sont citées et clairement identifiées. »



Appendice B

Guide d'évaluation des compétences

Bachelor HES-SO en soins infirmiers



Lieu de période de formation pratique

Institution:

Service:

Site de formation:

Semestre ☐ automne ☐ printemps Répétition ☐

Nom de l'étudiant-e :

Promotion :

Période du / au

PFP 5 ☐ PFP 6 ☐

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES – niveau 3^{ème} année bachelor

Synthèse de l'évaluation (ne pas dépasser la zone visible) :

Pistes/propositions pour le développement futur des compétences

(ne pas dépasser la zone visible) :

Nombre de jours d'absence non compensée : jours

Dates et Signatures:

Étudiant-e:

(a pris connaissance)

Praticien-ne formateur-trice

NOM PRENOM

Formateur-trice HES

(a pris connaissance)

Résultat ¹					
<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	C
<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	F

¹Résultat

Seuil d'insuffisance : 1 rôle non acquis ou plus

Échelle de notation

- A = Excellent : résultat remarquable avec quelques insuffisances mineures ;
 B = Très Bien : résultat supérieur à la moyenne malgré un certain nombre d'insuffisances ;
 C = Bien : travail généralement bon malgré un certain nombre d'insuffisances notables ;
 D = Satisfaisant : travail honnête mais comportant des lacunes importantes ;
 E = Passable : le résultat satisfait aux critères minimaux ;
 F = Insuffisant : la répétition du module est nécessaire.

© Coresioc / Septembre 2013

Hes-so
 Haute école spécialisée
 de Suisse occidentale
 Fachhochschule Westschweiz
 University of Applied Sciences
 Western Switzerland

A. Compétences du rôle d'expert-e en soins infirmiers

A1. Assurer la responsabilité des soins infirmiers préventifs, thérapeutiques, de réadaptation et palliatifs en évaluant les besoins des individus et des groupes à tous les âges de la vie et en effectuant ou déléguant les soins appropriés.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Maîtrise de l'examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Évalue, de manière systématique et rigoureuse, l'état de santé des personnes soignées en utilisant des outils de récolte de données adaptés - Analyse et interprète les données récoltées de manière adéquate - Formule des diagnostics infirmiers pertinents - Détermine le degré d'urgence et de gravité des signes et symptômes observés
Pertinence des projets de soins et de leur réalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Élabore, en partenariat avec les personnes soignées et tous les intervenants, les projets de soins en se référant à une théorie ou un modèle infirmier - Met en œuvre/supervise la réalisation des projets de soins - Planifie des interventions infirmières efficaces et appropriées en se référant aux bonnes pratiques - Évalue et réactualise les projets de soins
Maîtrise des techniques de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Réalise et évalue les soins en respectant les critères de qualité - Maîtrise les soins couramment pratiqués dans le service
Administration réfléchie des traitements médico-délégués	<ul style="list-style-type: none"> - Explique les traitements médico-délégués en mobilisant l'ensemble des connaissances pertinentes - Pose un regard critique sur les traitements médico-délégués en regard des effets recherchés, des effets indésirables et de la situation des personnes soignées
Gestion adéquate des situations	<ul style="list-style-type: none"> - Gère de manière autonome et rapide les soins dans des situations habituelles du service - Gère avec aide les soins dans les situations inhabituelles
A2. Assurer, au sein de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle, la mise en œuvre et la continuité des soins de qualité dans l'intérêt de la/du patient-e et de ses proches.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Fiabilité, pertinence et complétude des informations transmises aux membres de l'équipe professionnelle et interprofessionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Transmet, par écrit et par oral, les informations nécessaires à la continuité des soins. - Participe activement aux colloques infirmiers et interprofessionnels
Maîtrise des principes de délégation et supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Délégue les interventions de manière adéquate - Supervise les interventions réalisées par les membres de l'équipe sous sa responsabilité
Cohérence dans la coordination des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonne les soins de manière cohérente
A3. Soutenir et informer les patient-e-s et leur entourage et répondre à leurs besoins de formation dans le cadre du traitement et de la promotion de la santé, et de la prévention, en s'appuyant sur des connaissances scientifiques actuelles et sur les principes éthiques de la profession.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Fiabilité, pertinence et complétude des informations transmises au patient et aux proches	<ul style="list-style-type: none"> - Repère les besoins en information des personnes soignées et de leur entourage et y donne suite - Informe les personnes soignées et leur entourage de manière régulière, complète et adaptée - Réalise l'enseignement thérapeutique nécessaire au maintien de l'autonomie des personnes
Pertinence et complétude des interventions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Intègre systématiquement des interventions de prévention aux projets de soins - Identifie des situations de crise (biologique, psychologique ou social) et offre un accompagnement professionnel - Offre des interventions de soutien et d'accompagnement en situation de crise
A4. Baser ses pratiques sur le plus haut niveau de preuves scientifiques disponible et promouvoir le transfert des résultats de recherche dans la formation et la pratique.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Pertinence et régularité de l'utilisation des résultats de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Se réfère aux données probantes dans le choix des interventions
Commentaire général	
<div>Appréciation globale</div> <div> <div>Acquis <input type="checkbox"/></div> <div>En voie d'acquisition <input type="checkbox"/></div> <div>Non acquis <input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>(maîtrise)</div> <div>(maîtrise partielle)</div> <div>(maîtrise insuffisante)</div> </div>	

E. Compétences du rôle de promoteur ou promotrice de la santé

E1. S'engager en faveur de la santé et de la qualité de vie et soutenir les intérêts des patient-e-s et de leurs proches.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Importance accordée à la santé et à la qualité de vie des patients et de leurs proches	<ul style="list-style-type: none"> - Intègre systématiquement des aspects de santé et de qualité de vie des personnes soignées et de leurs proches dans les projets de soins - Mobilise et coordonne les ressources du réseau socio-sanitaires pour garantir la qualité de vie des personnes soignées
E2. Intégrer, dans sa pratique professionnelle, des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie, pour les individus et les groupes et participer activement à leur mise en oeuvre.	
E4. Participer au développement des approches de promotion de la santé et de prévention de la maladie.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Maîtrise de la démarche éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Évalue les besoins en promotion de la santé, prévention et éducation thérapeutique des personnes soignées, de leur entourage et des groupes - Planifie et réalise des interventions ciblées et adaptées en se basant sur les recommandations et modèles actuels - Utilise des modèles infirmiers et interdisciplinaires pour déterminer et argumenter ses interventions préventives et éducatives
E3. Encourager les patient-e-s et leurs proches à utiliser, de manière différenciée et individuelle, les moyens disponibles pour surmonter la maladie ou la prévenir, dans le souci d'assurer la meilleure qualité de vie possible.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Pertinence des interventions de promotion de la santé en regard de l'autonomie du patient et de son entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Soutient l'autonomie des personnes soignées en respectant leurs choix, leur rythme, leur culture et en leur donnant toutes les informations nécessaires au maintien de leur santé - Identifie les différents enjeux liés à la promotion de la santé
Commentaire général	
<p>Appréciation globale</p> <p>Acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise) En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> (maîtrise partielle) Non acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise insuffisante)</p>	

F. Compétences du rôle d'apprenant-e et formateur ou formatrice

F1. Maintenir et développer ses compétences professionnelles à travers une formation continue et soutenir la formation professionnelle pratique des étudiant-e-s, en s'appuyant sur des données scientifiques et pertinentes.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Actualisation régulière des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Démonstre son envie d'apprendre - Actualise ses connaissances en fonction des situations professionnelles rencontrées
Qualité de l'encadrement des étudiants	<ul style="list-style-type: none"> - Participe à l'encadrement des étudiants juniors - Utilise des stratégies différenciées et créatives dans son encadrement - Donne des feedbacks constructifs
F2. Identifier des problématiques, relatives à la pratique des soins, propices à des projets de développement et de recherche et partager sa connaissance des résultats de recherche avec l'équipe.	
Critères d'évaluation	Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation
Pertinence du questionnement professionnel	- Pose des questions régulières et pertinentes à propos des situations professionnelles rencontrées
Pertinence et régularité du partage de savoirs issus de la recherche au sein de l'équipe professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Utilise des résultats de recherche dans sa pratique - Partage régulièrement sa connaissance des résultats de recherche au sein de l'équipe - Analyse les pratiques de soins en regard des données probantes et émet des propositions d'amélioration

F3. Améliorer et développer les soins par sa pratique réflexive.			
Critères d'évaluation		Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation	
Utilisation adéquate de l'auto et hétéro-évaluation		<ul style="list-style-type: none"> - S'auto-évalue régulièrement de manière autonome en fonction de ses objectifs et des compétences à développer - Demande et utilise l'hétéro-évaluation pour progresser 	
Qualité de sa pratique réflexive		<ul style="list-style-type: none"> - Élabore du savoir à partir des expériences vécues et le confronte à l'équipe de soins - Élabore des propositions d'amélioration des soins - Confronte ses idées et réflexions avec l'équipe professionnelle 	
Commentaire général			
Appréciation globale	Acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise)	En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> (maîtrise partielle)	Non acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise insuffisante)

G. Compétences du rôle de professionnel-le

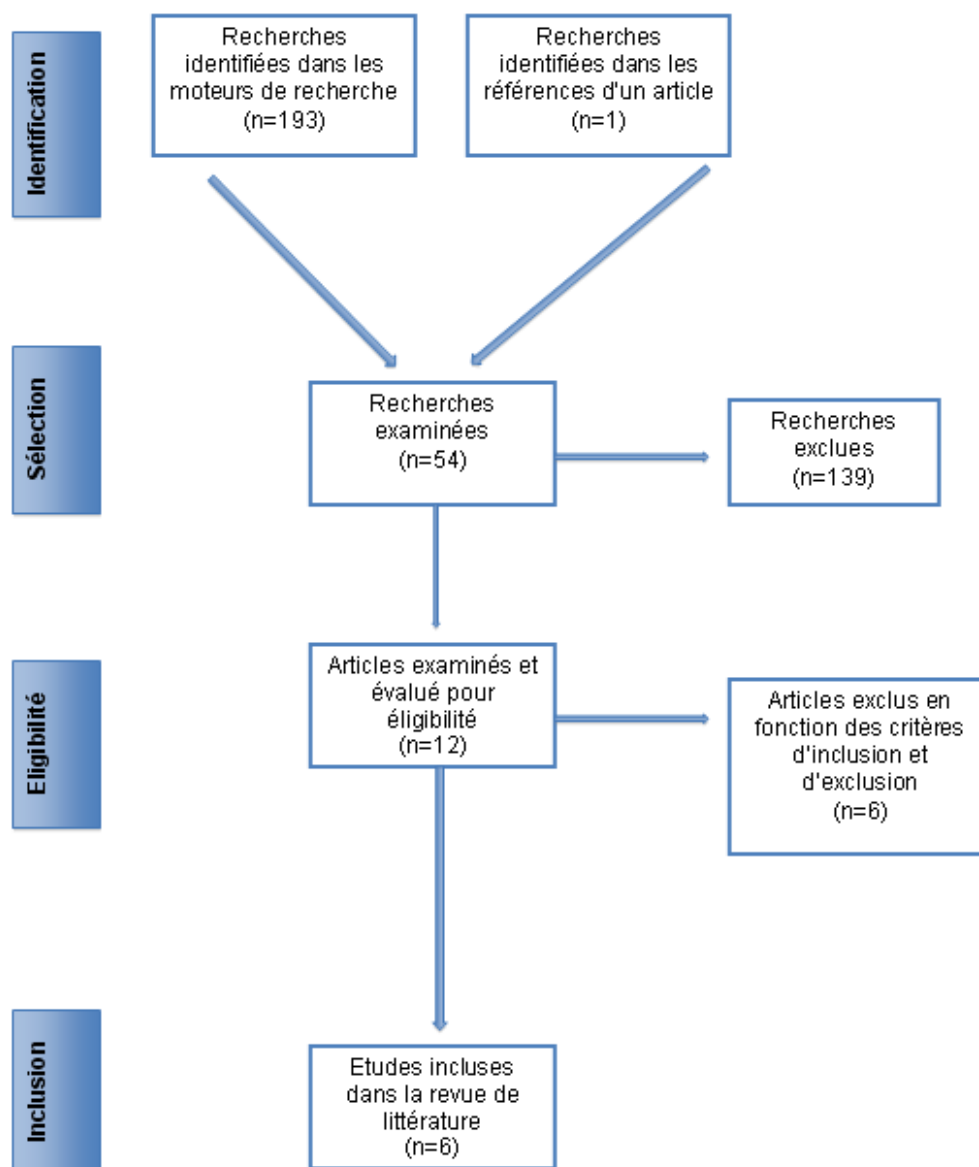
G1. Démontrer une attitude respectueuse de l'éthique professionnelle et un engagement envers les patiente-s, leurs proches et la société.			
Critères d'évaluation		Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation	
Qualité de la réflexion éthique et de son impact sur la pratique professionnelle		<ul style="list-style-type: none"> - Connaît ses propres valeurs, celles des personnes soignées et de leur entourage et celles du contexte de soins et les intègre dans sa réflexion - S'appuie sur les principes éthiques et le code de déontologie de la profession 	
G2. Représenter sa profession et s'impliquer dans son développement.			
Critères d'évaluation		Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation	
Qualité de son engagement professionnel		<ul style="list-style-type: none"> - Se positionne sur les questions liées à l'évolution des soins infirmiers et de la formation infirmière - Se positionne sur les questions d'actualité liées à l'évolution des politiques socio-sanitaires locales ou nationales 	
G3. Contribuer à la qualité de vie des personnes et de la société			
Critères d'évaluation		Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation	
Adéquation de son engagement en faveur du développement durable		<ul style="list-style-type: none"> - Applique, de manière systématique, les protocoles de gestion des déchets et du matériel en vigueur - Démonstre des attitudes responsables face à la protection de l'environnement 	
G4. S'engager pour le maintien de sa propre santé et celle de ses pairs.			
Critères d'évaluation		Indicateurs (non-exhaustifs) évalués en situation	
Utilisation adéquate des mesures de protection de soi, d'autrui		<ul style="list-style-type: none"> - Travaille de manière ergonomique - Mobilise les précautions d'hygiène et de sécurité actualisées - Met en place des stratégies et mobilise des ressources visant à préserver sa propre santé et celle des autres 	
Commentaire général			
Appréciation globale	Acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise)	En voie d'acquisition <input type="checkbox"/> (maîtrise partielle)	Non acquis <input type="checkbox"/> (maîtrise insuffisante)

Appendice C

Flow chart

Flow chart

Inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram de Moher et al. (2009)



Appendice D
Grilles d'analyse d'articles

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'article et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mason T., Lovell A. & Coyle D. (2008), « Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimension », <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 15, 118–130
Résumé	<p>Cet article rend compte d'une enquête sur les compétences et les aptitudes des infirmières psychiatriques forensiques du point de vue de trois groupes: (A) des infirmières psychiatriques forensiques; (B) des infirmières psychiatriques non forensiques; et (c) d'autres disciplines. Une enquête nationale sur les services de psychiatrie forensiques au Royaume-Uni a été réalisée, et des informations recueillies sur les aptitudes et les compétences perçues dans ce domaine de plus en plus grandissant de la pratique psychiatrique. Sur 3360 questionnaires, 1172 ont été retournés, soit un taux de 35% de réponse. Les résultats indiquent une petite différence entre les infirmières forensiques et les infirmières non forensiques sur la perception du rôle construit dans la pratique forensique. Cependant, une plus grande différence a été notée entre les perceptions des infirmières et les perceptions des autres disciplines des éléments constitutifs de soins infirmiers de psychiatrie forensique.</p> <p>Les infirmières ont eu tendance à se concentrer sur les qualités personnelles par rapport à elles-mêmes et aux patients, tandis que les autres disciplines se sont axées sur les structures organisationnelles à la fois dans la définition du rôle et dans la résolution des déficits perçus. Les résultats ont des implications pour le travail multidisciplinaire, ainsi que dans la formulation des politiques et le développement de programmes d'études en termes de qualifications et de compétences de formation infirmière forensique.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>La nature complexe des soins infirmiers se reflète dans la pléthore de modèles d'identification prétendument les constructions de centrales à la fois de la théorie infirmière et de la pratique infirmière. Cependant, en soins infirmiers forensiques en santé mentale, le rôle de l'infirmière est encore aggravée par des problèmes tels que les préoccupations de garde, la détention obligatoire, le traitement forcé et le risque pour les autres. Parallèlement ce sont les publics toujours attentifs, les politiciens et les médias, qui ont de l'influence dans la détermination de la politique, à un niveau ou à un autre, généralement en réponse à des événements indésirables et des enquêtes publiques. Au Royaume-Uni, les soins infirmiers en santé mentale forensique est une branche relativement nouvelle de la profession, et historiquement le Registered Mental Nurse and the Registered Nurse for the Mentally Handicapped certifient les qualifications de base qui sont nécessaires pour fournir des soins</p>

	<p>infirmiers dans le cadre forensique. Cependant, il y a une préoccupation croissante que ces qualifications peuvent ne pas avoir équipé l'infirmière praticienne avec les aptitudes et les compétences nécessaires pour être efficace dans l'arène judiciaire. En outre, le « Common Foundation Programme », dans lequel toutes les élèves infirmières étudient le même programme pour une période de 12 mois avant de bifurquer dans leurs propres domaines de spécialisation, conduit à une plus grande inquiétude quant à la pertinence de cette formation pour l'arène judiciaire (Mason & Carton 2002). Les raisons en sont principalement de deux ordres. Tout d'abord, que la branche de la santé mentale, dans le contenu et l'expérience, peut être raccourcie, et la seconde, que le contenu ne soit pas orienté vers la pratique forensique. La recherche des compétences et des aptitudes spécifiques dans le domaine forensique est maintenant une quête principale, avec peu d'écrits dans ce domaine. Par conséquent, cette étude tentera d'élucider certaines de ces compétences.</p>
Recension des écrits	<p>Les objectifs de cette revue de la littérature peuvent se résumer sous les grands objectifs suivants: (1) d'analyser la littérature existante sur les soins infirmiers de psychiatrie forensique; (2) d'entreprendre une analyse thématique des thèmes émergents; et (3) de construire un cadre théorique pour la recherche. La méthode consistait, d'abord, en une approche «boule de neige» pour identifier les sources pertinentes de la documentation, et les individus pertinents qui peuvent avoir accès aux documents publiés ou non concernant les soins infirmiers psychiatriques forensiques. Il était important pour traquer ce matériel via les deux voies : formelles et informelles. Par conséquent, de nombreuses personnes ont été contactées afin de localiser cette documentation.</p> <p><u>Structuré en plusieurs paragraphes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vues négatives - Vues positives - Sécurité versus thérapie - Gestion de la violence - Efficacité thérapeutique - Entraînement - Culture
Cadre théorique ou conceptuel	<p>De l'examen de la littérature qui précède, deux principes centraux semblent émerger. Tout d'abord, les compétences et les aptitudes associées à l'infirmière psychiatrique forensique, et la deuxième, les facteurs concernant la population de patients cible de cette pratique des soins infirmiers. En bref, « dimensions » et « clinique ». Dans cet article, nous allons nous concentrer sur les dimensions de compétences de l'infirmière psychiatrique.</p>

Hypothèses	<p><u>Les buts et objectifs de cette étude sont les suivants:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier les principales aptitudes et compétences des infirmières psychiatriques forensiques; - établir si ces aptitudes et compétences diffèrent entre les infirmières psychiatriques forensiques, infirmières psychiatriques non forensiques et les autres disciplines ; - identifier les forces et les faiblesses perçues des infirmières psychiatriques forensiques en termes d'aptitudes et de compétences ; - établir les compétences requises perçues des soins infirmiers et de celles non-requises; - établir les principaux avantages perçus et les obstacles aux soins infirmiers psychiatriques forensiques ; - établir les principaux problèmes perçus, les compétences nécessaires pour surmonter les problèmes et les compétences à développer
Méthodes Devis de recherche	Enquête descriptive quantitative
Population et contexte	<p>Cela a impliqué une enquête auprès du personnel multidisciplinaire travaillant dans des domaines cliniques de services de santé mentale de sécurité et un groupe de comparaison de domaine général de la pratique de la santé mentale. Cette enquête se concentrera principalement sur le personnel infirmier, car ils ont plus de contacts en face-à-face avec le patient. Mais elle inclura aussi certains autres groupes professionnels, car ils ont une contribution à apporter en décrivant ce qu'ils ressentent des principaux problèmes pour ceux qui travaillent dans la pratique clinique forensique. L'échantillon a été tiré de la population totale d'infirmières qualifiées et non qualifiées, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux des hôpitaux spéciaux et l'hôpital de l'Etat; des unités de sécurité régionales et moyennes; intérim; des unités de sécurité faibles, et les unités de l'autorité de santé locale; installations privées sécurisées; et les prisons.</p> <p>De cette liste d'unités d'échantillonnage potentiels, nous pouvions nous attendre à environ 50% des sites qui ne voulaient pas être impliqués, ce qui permettrait de réduire la base de sondage à environ 6'000 personnes.</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Instrument de collecte de données :</u> Un calendrier de collecte d'informations a été développé et testé pendant un certain considérable, et a pris une forme légèrement différente si l'on ciblait un groupe psychiatrique forensique de soins infirmiers, un groupe de soins infirmiers psychiatriques non forensique ou d'autres disciplines. Il a été mis à l'essai à deux reprises et modifié en conséquence. Les variables démographiques ont été recueillies, ainsi que les facteurs multidimensionaux relatifs aux infirmières et les questions cliniques relatives à la population cible. Il y avait de nombreuses possibilités pour d'autres commentaires tout au long du programme, qui ont été développées directement à partir de l'examen de la littérature.</p> <p><u>La collecte des données :</u> La collecte des données a été effectuée</p>

	<p>de diverses manières. Sur certains sites, le personnel de liaison a été établi et transmettait les enveloppes, tandis que sur d'autres sites, le chercheur a demandé une liste de noms et adresses de travail au service du personnel et une liste de distribution a été générée. D'autres méthodes de distribution ont souvent été suggérées par l'organisme d'accueil en fonction des particularités de leurs propres structures institutionnelles. Ils ont fourni une information explicative fermée dans une enveloppe timbrée. L'anonymat est assuré et le statut volontaire a été réalisé par des non-retours si le sujet le souhaitait.</p> <p><u>L'entrée et le stockage de données</u> : Les données brutes ont été importées sur le logiciel SPSS sur ordinateur sous mot de passe et la sauvegarde des disques garantis dans un placard fermé à clé dans une pièce fermée à clé. La Loi sur la protection des données (1998) a été respectée.</p> <p><u>L'analyse des données</u> : Les données ont été analysées sur SPSS 10. L'analyse quantitative inclut la tabulation des données catégoriques avec l'utilisation des fréquences, les pourcentages, la prévalence, l'incidence et des tests statistiques non paramétriques.</p> <p><u>L'approbation éthique</u> : a été obtenue à partir du sous-comité de l'École de santé et des soins sociaux éthique de la recherche, du Comité central Bureau de la recherche éthique (appropriée LRGC / MREC) et NHS Trusts and Reporting Departments. Respect des principes éthiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bienfaisance - Non-malfaisance - l'égalité des chances - compétence technique - Le consentement éclairé
Déroulement de l'étude	
Résultats Traitement des données	<p>3'360 questionnaires ont été distribués dans ces organisations qui souhaitaient participer, avec 1'172 retournés, soit un taux de 35% de réponse. Il s'agissait de 1019 infirmières psychiatriques forensiques, 110 infirmières psychiatriques non forensiques et 43 d'autres disciplines.</p> <p>Les dimensions, tels que numérotés dans les tableaux ci-dessus, sont notamment : (1.1a) principales forces ; (1.1b) principales faiblesses ; (1.2a) compétences spéciales en soins infirmiers - nécessaire ; (1.2b) compétences spéciales en soins infirmiers – pas nécessaire; (1.3a) principaux avantages à la profession infirmière ; et (1.3b) principaux obstacles à la profession infirmière.</p>
Présentation des résultats	<p>Le tableau 4 montre les 'top dix' forces principales perçues par les infirmières psychiatriques forensiques. Le rapport du groupe forensique identifie «l'expérience de vie» comme le numéro un, la principale force, et c'est statistiquement significatif par rapport aux autres catégories. Les infirmières forensiques ont également signalé «l'empathie» comme la deuxième force principale dans l'arène judiciaire, et cela était statistiquement significatif par rapport aux infirmières non forensiques et aux autres disciplines. En troisième</p>

place pour les infirmières forensiques c'était «l'expérience clinique», qui était statistiquement significative avec les infirmières non forensiques ($\chi^2=12.03$, d.f.=1, $P \leq 0,001$), mais aucune différence significative avec les autres disciplines, qui ont rapporté «connaître le patient très bien» à la troisième place ($\chi^2=4.14$, d.f.=1, $P \leq 0.042$).

Tableau 5 : Dans ce tableau sur le «top dix» des faiblesses en soins infirmiers, les infirmières forensiques ont déclaré «frustration» comme étant au sommet de leur liste, ce qui était statistiquement significatif par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2=4,31$, d.f.=1, $P \leq 0,038$) et les autres disciplines ($\chi^2=4,05$, d.f.=1, $P \leq 0,044$). Le deuxième élément de la liste des infirmières forensiques était le «manque de connaissance», ce qui est également statistiquement significatif en ce qui concerne les infirmières non forensiques ($\chi^2=6,26$, d.f.=1, $P \leq 0,012$) et les autres disciplines ($\chi^2=3,99$, d.f.=1, $P \leq 0,046$).

Tableau 6 : Le « Top dix » des «compétences spéciales requises en soins infirmiers». Les infirmières forensiques figurent les «compétences pour les troubles de la personnalité» comme l'élément le plus haut, et cela était statistiquement significatif par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2=29,5$, d.f.=1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($\chi^2=6,33$, d.f.=1, $P \leq 0,012$). Le deuxième élément rapporté des infirmières forensiques «capacité d'écoute» était également statistiquement significatif par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2=26,5$, d.f.=1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($\chi^2=5,03$, d.f.=1, $P \leq 0,025$). Par rapport au troisième élément «confiance», ce fut statistiquement significatif par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2=14,6$, d.f.=1, $P \leq 0,001$), mais pas par rapport aux autres disciplines. Pour tenter de contrebalancer les «compétences spéciales», on a demandé aux répondants de nommer les compétences en soins infirmiers «non-requises» en soins infirmiers psychiatriques forensiques.

Le Tableau 7 met en évidence ces résultats. Les infirmières forensiques ont déclaré «National Vocational Qualifications (NVQ)» comme la compétence la moins nécessaire, et ce fut seulement statistiquement significatif avec les infirmières non forensiques ($\chi^2=4,50$, d.f.=1, $P \leq 0,034$) et aucune autre signification n'a été trouvée dans ce tableau.

En se concentrant sur les principaux avantages pour les soins infirmiers psychiatriques forensiques, **le tableau 8** les met en lumière. Les infirmières forensiques ont déclaré «satisfaction au travail» comme l'élément le plus haut, et ce fut le même que le groupe des non forensiques ($\chi^2=7,64$, d.f. = 1, $P \leq 0,006$). Il est significatif avec les autres disciplines ($\chi^2=5,45$, d.f.=1, $P \leq 0,020$). Le deuxième élément était "la progression des patients", qui était important par rapport aux infirmières non forensiques ($\chi^2= 9,17$, d.f.=1, $P \leq 0,002$) mais non significatif par rapport aux autres disciplines. Le troisième point: «les techniques de négociation» était statistiquement significatif avec le groupe non forensiques ($\chi^2= 14,0$, d.f.=1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($\chi^2 = 6,34$, d.f.=1, $P \leq 0,012$). Le quatrième point "l'amélioration des patients" a été

	<p>important avec les infirmières non forensiques ($\chi^2 = 5,25$, d.f.=1, $P \leq 0,022$), mais pas avec les autres disciplines.</p> <p>Enfin, les principaux obstacles à des soins infirmiers de psychiatrie forensique ont été identifiés dans le tableau 9. La signification statistique a été trouvée dans ce tableau avec le premier article «bureaucratie» par rapport au groupe non forensique ($\chi^2 = 27,6$, d.f.=1, $P \leq 0,001$) mais pas les autres disciplines, avec le deuxième point "manque de soutien des gestionnaires", il y avait une signification statistique avec le groupe non forensique ($\chi^2 = 30,2$, d.f. = 1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($\chi^2 = 5,28$, d.f. = 1, $P \leq 0,022$). Le troisième élément «gestion» a également été significatif avec le groupe non forensique ($\chi^2 = 26,9$, d.f. = 1, $P \leq 0,001$) et les autres disciplines ($\chi^2 = 4,30$, d.f. = 1, $P \leq 0,038$). Aucune autre signification n'a été trouvée.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Il est intéressant de noter la similitude générale des qualités, en particulier en ce qui concerne les éléments spécifiques. Les infirmières forensiques ont identifié la principale force «expérience de vie», qui a été mieux classée que «l'expérience clinique», ce qui suggère que les facteurs de la sphère sociale sont plus importants que ceux du domaine de la psychiatrie. Cependant, le fait que les infirmières forensiques et non forensiques perçoivent le domaine forensique plus «élevé» dans les «life skills» suggère que les compétences psychiatriques traditionnelles sont tenues dans une moindre mesure (Mason & Carton 2002). Les autres disciplines, d'autre part, ont exclusivement vu les principales forces d'infirmières comme étant des paramètres organisationnels. Ceci est encore intéressant car de nombreuses références suggèrent que les infirmières travaillant dans des contextes forensiques avec des patients hospitalisés ont tendance à compter sur l'institution pour organiser ses règles et réglementer ses procédures (Alexander-Rodriguez 1983, Abeyta-Phelps 1993, Burrows 1993a,b, Rask & Hallberg 2000).</p> <p>En termes de perceptions des infirmières, les principales faiblesses, dans le tableau 5, indiquent que les infirmières forensiques ont mis «frustration» en haut de leur liste avec un éventail de déficiences à l'appui de cette dernière.</p> <p>Les infirmières forensiques n'ont identifié que deux qualités personnelles dans leurs principales faiblesses, à savoir le manque d'affirmation de soi et le manque de confiance. Les professionnels des autres disciplines ont également suggéré que les infirmières forensiques pourraient être punitives dans leur approche et qu'elles ont peu de compétences sur la négociation et l'évaluation des risques. Une tension principale existe dans cette liste des «autres disciplines» en ce qu'ils signalent «plus s'axer sur les souhaits des patients» comme une faiblesse et ensuite signalent «établir des limites punitives» comme une faiblesse majeure. Cela reflète peut-être une tension multidisciplinaire bien rapportée dans de nombreux contextes forensiques (Niskala 1987, Conacher 1993, Coffey et Coleman, 2001).</p> <p>Les infirmières forensiques ont été très claires dans les résultats :</p>

	<p>que les compétences concernant les troubles de la personnalité ont une grande place en soins infirmiers (tableau 6). Les qualités personnelles, telles que l'empathie, la patience et l'attitude de non-jugement, ont également été notées, et, fait intéressant, elles ont suggéré qu'elles requièrent des connaissances sur les questions relatives aux délits et au travail multidisciplinaire. La gestion de l'agression n'est pas marquée dans le «top ten», mais figure dans la liste plus complète. Cela donne à penser que selon la perception des infirmières forensiques, elles font face à une agression sur une plus grande échelle que ce qui se produit dans la réalité (Mason et al. 1999).</p> <p>Encore une fois, cette perception des soins infirmiers forensiques est intéressant, car les deux groupe ont suggéré un certain élément de «spécialité» à la notion de soins infirmiers de psychiatrie forensique (Niskala 1986, Richman et al., 1999).</p> <p>En outre, le groupe forensique a rapporté les compétences pour la gestion des patients ayant des troubles de la personnalité comme celle la plus nécessaire. Cela ne nécessitait pas une gestion de l'agression mais exigeait d'autres compétences. Le groupe forensique a désigné « travail multidisciplinaire» et « environnement sûr» comme avantages principaux, pouvant nécessiter une enquête plus approfondie. Le groupe des autres disciplines a toujours perçu que les avantages qualitatifs de soins infirmiers de psychiatrie forensiques semblent moins importants que ceux qui sont matériel, ce qui serait en contradiction avec la plupart des perceptions de la carrière d'infirmière (HMSO 1999, Chaloner 2000).</p> <p>Le groupe de soins infirmiers forensique estime que «la bureaucratie (paperasse) » était le principal obstacle aux soins infirmiers, et le groupe de soins infirmiers non forensique l'a également évalué de manière assez élevée. Le groupe de soins infirmiers forensique a vu «manque de soutien», «le manque de progression du patient» et «la domination médicale» comme principaux obstacles. Le groupe non forensique a estimé que «la restriction de rôle» était une barrière principale, ainsi que «le manque de soutien» de dirigeants et un certain degré de frustration et de stress. L'obstacle de l'infirmier psychiatrique est, pour l'essentiel et pour les trois groupes, l'organisation qui doit clairement être traitée au niveau de la direction (IAFN 1997, Conway 1998, National Service Framework pour la santé mentale 1999).</p> <p>Il y avait des différences statistiques cohérentes entre les groupes (à l'exception des problèmes de troubles de la personnalité). Nous ne pouvons pas tirer des conclusions majeures à cet état de connaissances des groupes étudiés. Alors que les groupes d'infirmières en psychiatrie forensique ont tendance à se concentrer sur les qualités personnelles de l'infirmière ou le patient, les autres disciplines ont vu largement le rôle défini en termes de structures organisationnelles.</p>
Perspectives	
Questions générales Présentation	

Evaluation globale	<p>Il y a un certain nombre de limitations à l'étude, qui pourrait en être abordées dans toute recherche future. Tout d'abord, une délimitation claire pouvait être établie entre les services psychiatriques médico-légaux de haute, moyenne et faible sécurité. Cela permettrait une image plus claire en ce qui concerne les qualifications et les compétences requises dans chacun de ces domaines. Deuxièmement, une analyse plus structurée et quantitative aurait élucidé une meilleure compréhension de la force de chacun de ces écarts. Troisièmement, un brin supplémentaire pour le calendrier de collecte d'informations aurait pu établir les perceptions de chacune des disciplines, à son tour pour donner une définition plus claire des rôles. Cependant, le travail fournit une certaine direction et le fondement pour un complément d'enquête.</p>
--------------------	---

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'article et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mason, T., Coyle, D., & Lovell, A. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 15(2), 131-139.
Résumé	<p>Cette étude permet d'identifier les compétences et les aptitudes infirmières forensiques travaillant dans les services psychiatriques de haute sécurité au Royaume-Uni. La justification de cette recherche est due au manque de clarté dans la définition du rôle infirmier travaillant dans ces environnements. Plus de 3300 questionnaires ont été distribués à toutes disciplines des milieux carcéraux du Royaume-Uni. Les questions étaient basées sur les problèmes perçus qui donnent le plus de difficulté ; les compétences les mieux adaptées pour surmonter ces problèmes et les aspects prioritaires de soins infirmiers cliniques qui doivent être développés. Un taux de réponse de 35% a été obtenu. Les résultats ont mis en évidence une liste des principaux problèmes avec leurs solutions possibles et les zones principales à développer. Les conclusions mettent notamment l'accent sur les aptitudes et les compétences relatives à la gestion des troubles de la personnalité et à la gestion de la violence et de l'agression.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Au Royaume-Uni, les soins infirmiers psychiatriques forensiques sont une branche relativement nouvelle de la profession. Les dimensions du rôle des constructions ont été examinées dans un article précédent (I) et dans le présent document (II) il se concentre sur les aspects cliniques des soins infirmiers de psychiatrie forensiques</p> <p>Les principaux thèmes qui émergent relatifs aux soins infirmiers forensiques étaient : (1) les opinions négatives ; (2) opinions positives ; (3) la sécurité par rapport à la thérapie ; (4) la gestion de la violence ; (5) l'efficacité thérapeutique ; (6) la formation ; et (7) la culture.</p> <p>Structuré en plusieurs paragraphes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vues négatives - Vues positives - Sécurité versus thérapie - Gestion de la violence - Efficacité thérapeutique - Entraînement - Culture
Recension des écrits	<p>Cet article présente une étude menée pour identifier les compétences et les attitudes infirmières psychiatriques forensiques du Royaume-Uni.</p> <p>Les buts et objectifs de cette étude sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. D'identifier les problèmes cliniques qui sont perçus comme les plus difficiles pour les infirmières

	<p>2. D'identifier les compétences cliniques les mieux adaptées pour surmonter ces problèmes</p> <p>3. D'identifier les aspects prioritaires de soins infirmiers cliniques nécessaires pour être développés</p>
Cadre théorique ou conceptuel	
Hypothèses	
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative descriptive, enquête
Population et contexte	<p>Un sondage est réalisé auprès du personnel multidisciplinaire travaillant dans des domaines cliniques de services psychiatriques de haute sécurité et d'un groupe de comparaison du domaine général de la pratique en santé mentale. Cette enquête se concentrera principalement sur le personnel infirmier car il porte le plus grand poids de contacts en face-à-face avec le patient. Il comprendra également certains autres groupes professionnels car ils ont une contribution à apporter en décrivant ce qu'ils ressentent.</p> <p>L'échantillon a été tiré de la population totale d'infirmières qualifiées et non qualifiées, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux des hôpitaux spéciaux et l'hôpital de l'Etat; des unités de sécurité régionales et moyennes ; de faibles unités sécurisées intermédiaires, des unités de l'autorité de santé locales; des installations privées sécurisées; et les prisons.</p> <p>De cette liste d'échantillonnage, environ 50 % des sites ne souhaitent pas être impliqués, ce qui permettra de réduire la base de sondage à environ 6000 personnes .</p> <p>L'échantillon a été fait à l'aide de plus de 3300 questionnaires anonymes qui ont été distribués aux infirmières psychiatriques forensiques, aux infirmiers psychiatriques non forensiques et aux autres disciplines dans tous les établissements carcéraux du Royaume-Uni. Ceux-ci ont ensuite rendu leurs questionnaires de manière anonymes.</p>

Collecte des données et mesures	<p>Un calendrier de collecte d'informations a été développé et testé pendant un certain temps. Il a pris une forme légèrement différente selon la cible souhaitée. Un groupe d'infirmières psychiatriques forensiques, un groupe d'infirmières psychiatriques non forensiques ou d'autres disciplines. Les variables démographiques ont été également recueillies, les facteurs dimensionnels relatifs aux infirmières et aux questions cliniques relatives à la population de patients cible.</p> <p>La collecte des données a été effectuée de diverses manières. Sur certains sites, le personnel de liaison a été établi et transmis sur les enveloppes tandis que sur d'autres sites, le chercheur a demandé une liste des noms et adresses de travail du service du personnel et une liste de distribution a été générée. Une autre méthode de distribution a souvent été suggérée par l'organisme d'accueil. Des informations explicatives ont été fermées et fournies dans une enveloppe timbrée. L'anonymat est assuré.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les données brutes ont été importées sur le logiciel SPSS sur ordinateur sous mot de passe et sauvegardé sur des disques garantis dans un placard fermé à clé dans une pièce fermée à clé. La Loi sur la protection des données (1998) a été respectée. Les données ont été analysées sur SPSS 10. L'analyse quantitative inclut la tabulation des données catégoriques avec l'utilisation des fréquences, des pourcentages, la prévalence, l'incidence et des tests statistiques non paramétriques. L'approbation éthique a été demandée.</p>
Résultats Traitement des données	<p>De la base de l'enquête, environ 3360 questionnaires ont été distribués et 1 172 retournée soit un taux de 35% de réponse. Cela a impliqué 1019 infirmières psychiatrique forensiques, 110 infirmières psychiatriques forensiques et 43 autres disciplines.</p>
Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 Chaque population (infirmières psychiatriques forensiques, les infirmiers psychiatriques non forensiques et non d'autres disciplines), montre les problèmes identifiés qui donnent aux infirmières le plus de difficulté rencontrés.</p> <p>Les infirmières forensiques disent « troubles de la personnalité » comme le problème. Cependant il n'y avait pas de différence statistiquement significative, en raison de l'accord conclu entre les trois groupes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières psychiatriques forensiques</u>: les troubles de la personnalité, la violence, l'agression, le temps, l'automutilation, le manque de ressources, la violence extrême, le trouble de la personnalité anti-social. • <u>Les infirmières psychiatriques non forensiques</u>: les patients agressifs, les troubles de la personnalité, la manipulation par les patients, les patients maniaques, les plaintes, l'impulsivité et le traitement résistant aux psychoses. • <u>Les autres disciplines</u> : le trouble de la personnalité, la violence imprévisible et les menaces verbales, un manque de temps, le manque de supervision, un faible niveau de dotation et l'enfermement des patients

	<p>Le tableau 3 Dans le tableau 3, les différents groupes ont continué d'énumérer les compétences les mieux adaptées pour surmonter les problèmes identifiés dans le tableau 2. Le groupe forensique a rapporté la «gestion de l'agression » comme la compétence la mieux adaptée à surmonter le problème principal, qui était statistiquement significative par rapport au groupe non forensique ($\chi^2= 16.8$, d.f. = 1, $P \leq 0.001$) et les autres disciplines ($\chi^2= 5,09$, df = 1, $P \leq 0,024$). En ce qui concerne le deuxième point de « travail multidisciplinaire » cela était significatif par rapport au groupe non forensique ($\chi^2= 9,26$, df = 1, $P \leq 0,002$) mais non significative avec les autres disciplines.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières psychiatriques forensiques</u>: la gestion de l'agression, un travail multidisciplinaire, une formation à la violence, la patience • <u>Les infirmières psychiatriques non forensiques</u>: une formation sur la relation, les interventions psychosociales, les techniques de conseil sur les compétences et attitudes, la confiance, un sens en commun • <u>Les autres disciplines</u> : des formations à gérer des comportements difficiles, la planification des soins multidisciplinaire, une compétence d'analyse, un soutien par les pairs. <p>Le tableau 4 Les résultats peuvent être vus dans le tableau 4. En ce qui concerne les compétences en soins infirmiers qui ont besoin d'être développés, le groupe forensique inscrit « troubles de la personnalité », comme la zone la plus nécessaire, ce qui était statistiquement significatif par rapport au groupe non forensique ($\chi^2= 5,49$, df = 1, $P \leq 0,019$) et les autres disciplines ($\chi^2= 9,43$, df = 1, $P \leq 0,002$). Aucune autre signification statistique n'a été trouvée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières psychiatriques forensiques</u>: une formation supplémentaire sur le trouble de la personnalité, des compétences en recherche, une équipe multidisciplinaire avec des compétences en communication, des interventions psychosociales, les diagnostics infirmiers, les addictions et la cohérence au sein du personnel • <u>Les infirmières psychiatriques non forensiques</u>: la communication, la gestion de l'agression, l'évaluation des risques, les traitements alternatifs, les environnements thérapeutiques • <u>Les autres disciplines</u> : la gestion de la peur et des angoisses, le travail de groupe, les comportements difficiles, la supervision psychologique, et le travail clinique analytique.
<p>Discussion Intégration de la théorie et des</p>	<p>Le tableau 2 met en lumière les problèmes qui sont perçus par les infirmières légistes qui posent le plus de difficultés dans la pratique clinique. Les trois groupes de répondants sont les infirmiers psychiatriques forensiques, les infirmiers</p>

concepts	<p>psychiatriques non forensiques et autres disciplines. Tous ont signalé, en première ou deuxième place, « trouble de la personnalité ».</p> <p>Ils ont fait valoir qu'il y avait des principes généraux de soins infirmiers pour ce groupe de patients, qui comprenait : (1) en profitant de la dynamique; (2) étant jamais surpris; (3) l'humour; (4) 99 % d'honnêteté; (5) déstabiliser le statu quo; (6) la flexibilité des règles; et (7) la question de la vulnérabilité. On peut voir dans le tableau 2 que la majorité des facteurs jugés les plus problématiques pour les infirmières légistes sont en effet des « problèmes de comportement humain difficile » qui forment un cadre interactif complexe, et que peut causer un stress continu.</p> <p>En conclusion, il y a une certaine distance à parcourir avant d'être à un stade où nous pouvons définir clairement les aptitudes et les compétences en pratique des soins infirmiers de psychiatrie légale. En termes d'identification des problèmes majeurs qui se posent dans ce domaine, nous pouvons dire, à partir de cette recherche, que les deux principaux gèrent la personnalité des patients désordonnés et la gestion de la violence et de l'agression. Cependant, en fournissant des solutions à ces problèmes, nous nous retrouvons avec un menu varié de choix en fonction de différents points de vue, sans un moyen stratégique clair de l'avant. Nous pouvons suggérer que, peut-être, la voie à suivre est d'approfondir notre compréhension de chacune des approches indiquées comme « solutions » et de travailler à la production de la preuve de leur efficacité dans les milieux judiciaires.</p>
Perspectives futures	<p>L'étude aurait également bénéficié d'une analyse statistique plus sophistiquée, étant donné un instrument de collecte de données plus structuré, et toute recherche future devrait prendre connaissance de cela. Enfin, une ventilation plus proche des soins infirmiers qui ont été ciblés et les « autres disciplines » aurait pu aboutir à une compréhension plus complète des définitions et des tensions, et les conflits entre les éléments de la pratique.</p>
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'article et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Bowen, M., & Mason, T. (2012). Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. <i>Journal of clinical nursing</i> , 21(23-24), 3556-3564.
Introduction Enoncé du problème	Cette recherche est délibérément catholique dans son approche, optant pour obtenir des informations sur les points de vue et l'expérience des cliniciens avec un groupe atteint de troubles de la personnalité dans son ensemble, plutôt que d'un groupe de troubles de la personnalité discret, et à cause de l'intérêt dans l'élaboration des différences entre forensique et le personnel non forensique, il y avait une inclusion délibérée des psychopathes, pour refléter la terminologie et les pratiques de travail dans les services forensiques au Royaume-Uni. Tout au long de cet article, cependant, les auteurs ont choisi d'utiliser le terme de troubles de la personnalité, pour indiquer ce groupe catholique.
Recension des écrits	Au Royaume-Uni, il ya eu un intérêt croissant dans la fourniture de services pour ce groupe de clients, mais avec peu de recherche pour appuyer les compétences en soins infirmiers nécessaires.
Question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des différences dans la perception des infirmières psychiatriques forensiques et non forensiques en relation avec les aptitudes et les compétences qui sont nécessaires pour soigner les patients avec ce type de diagnostics? • Quelles sont les aptitudes et les compétences infirmières considérées comme principales dans les soins pour ce groupe de patients? • Quels sont les attributs de soins infirmiers qui ne sont pas considérés comme pertinents pour prendre soin de ce groupe de patients?
Méthodes Tradition et devis de recherche	C'est une conception non-expérimentale sous forme d'enquête postale
Population et contexte	<p>Les critères d'inclusions comprennent les infirmiers qui ont de la pratique clinique et ceux qui ont de l'expérience avec les patients atteint de troubles de la personnalité.</p> <p>Les critères d'exclusion sont les infirmiers qui n'ont pas de base clinique.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les chercheurs ont envoyé des questionnaires à 990 infirmières forensiques de sécurité élevées, moyennes et basses et à deux services pénitentiaires et communautaires. Ils ont également envoyé le questionnaire à 500 infirmières non forensiques.</p> <p>Les données ont été mises sur Microsoft Excel avec un mot de passe et le programme SPSS (version 17) a été utilisé pour l'analyse statistique.</p>

Déroulement de l'étude	<p>Les données ont été recueillies par un rassemblement d'informations programmé qui comprenait quatre éléments qui sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les principales forces et compétences des infirmières qui travaillent avec des patients atteints de troubles de la personnalité. 2. les principales faiblesses pour le personnel infirmier. 3. les principales compétences et les compétences requises. 4. les attributs moins souhaités. <p>Parmi les 990 questionnaires envoyés aux infirmières forensiques, 415 ont été retournés ce qui correspond à un taux de réponse de 41.9%. Parmi les 500 envoyés aux infirmières non forensiques, 382 ont été retournés soit un taux de réponse de 76.4%.</p>
Rigueur	L'approbation éthique a été demandée et obtenue par de multiples comités d'éthique de la recherche.
Résultats Présentation des résultats	<p>Le tableau 2 montre les réponses du groupe forensique et du groupe non forensique sur les principales forces et les compétences que les infirmiers identifient et perçoivent dans les soins et la gestion des patients atteints de troubles de la personnalité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières forensique</u> identifient les principales forces et compétences qui sont: être ferme, fixer des limites, définir les limites, évaluer les risque, l'honnêteté, la confiance, la capacité d'écoute, identifier les objectifs des patients et l'assurance. • <u>Les infirmières non forensique</u> identifient les principales forces et compétences qui sont: l'absence de jugement, les capacités d'écoute, la bonne évaluation des risques, fixer des limites, le travail en équipe, les connaissances, la tolérance, la création d'une relation et la justice. <p>Le tableau 3 montre les faiblesses des soins infirmiers par rapport à la prise en charge et la gestion de ce groupe de patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières forensiques</u> identifient les principales faiblesses qui sont: l'inaptitude à exercer, l'incapacité à résoudre les conflits, l'impatience, la frustration, le manque de ténacité, le fait de montrer ses réactions, le manque de compréhension, la peur de l'agression, la crainte des litiges et un manque de confiance. • <u>Les infirmières non forensiques</u> identifient les principales faiblesses qui sont: la frustration avec le système, une peur de l'agression, le fait de ne pas avoir les compétences pour s'engager, le stress, le cynisme, l'apathie, être désengagé, l'impatience, le manque de connaissances et être punitif. <p>Le tableau 4 montre les compétences les plus nécessaires pour les soins infirmiers avec ce groupe de patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières forensiques</u> identifient les principales compétences qui sont: être non-menaçant, être non-jugeant, être capable de s'attendre à quoi que ce soit, ne pas réagir de façon excessive, ne pas les mettre à l'écart, négocier les

	<p>limites, se mettre d'accord sur les limites, établir des sanctions convenues, avoir une approche en équipe, le respect et l'humour.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières non forensiques</u> ont identifié les principales compétences qui sont: l'ouverture d'esprit, être non jugeant, nouer des relations, le respect, la connaissance du comportement des patients, fixer des limites, être conscient de la manipulation, être ferme mais amicale, la cohérence, la capacité d'écoute, la gestion de l'agression et la communication. <p>Le tableau 5 montre les réponses à la demande des attributs de soins infirmiers qui sont moins souhaitables pour le traitement et la gestion de ce groupe de patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Les infirmières forensiques</u> ont identifié les qualités les moins souhaitables chez une infirmière qui sont: sur-réagir, le jugement, être conflictuel, le personnel remporte et le patient perd, avoir une mauvaise attitude, le dénigrement, les mettre dans un coin, l'étroitesse d'esprit, ne plus avoir le contrôle et une mauvaise gestion des risques. • <u>Les infirmières non forensiques</u> ont identifié les qualités les moins souhaitables qui sont: une attitude hautaine, le cynisme, le jugement, plus de contrôle, l'arrogance, le désengagement, avoir une personnalité rigide, avoir une approche punitive, l'immaturité et avoir des idées reçues.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Alors qu'il y a des similitudes dans les données des infirmières forensiques et non forensiques, il y a aussi des différences perceptibles qui méritent une certaine considération.</p> <p>En ce qui concerne les «forces et les compétences principales» (tableau 2), les trois compétences les plus hautement cotées suggèrent des priorités différentes entre le forensique et les infirmières non forensiques. Les infirmières forensiques soulignent les qualités d'établir des frontières robustes, tandis que leurs homologues non forensiques soulignent l'écoute sans jugement (dans le contexte d'une bonne évaluation des risques)</p> <p>Les infirmières forensiques semblent donner la priorité à la gestion active du patient sur les points forts qui soutiendraient une intervention orientée vers la clinique - les compétences d'écoute plus passives.</p> <p>Les infirmières forensiques, qui privilégient la capacité à coopérer activement avec les patients en mettant des frontières, sont plus préoccupées par les attributs qui minent cette activité comme «sur-réaction» et «sur-confrontation».</p> <p>Les infirmières non forensiques soulignent la position plus passive de «non-jugement», «capacité d'écoute» et sont plus préoccupés par les réponses des attitudes passives qui perturberaient celle-ci, telles que «l'attitude hautaine», «cynisme» et étant 'jugement'.</p> <p>En ce qui concerne les «aptitudes et compétences» (tableau 4), les similitudes entre les deux groupes professionnels, en fonction de leurs priorités, sont frappantes. Les deux groupes soulignent les compétences nécessaires pour établir une relation avec le patient</p>

	<p>d'une manière non menaçante, non-jugement. Et les deux groupes identifient une «inaptitude à exercer» dans leur top trois des principales faiblesses " (Tableau 3).</p> <p>Conformément à la revue de littérature de Murphy et McVey's (2003a), les groupes forensiques et non forensiques mettent en évidence qu'établir une relation thérapeutique est la base des soins infirmiers auprès des patients atteints de troubles de la personnalité. Cependant, il y avait une différence dans les priorités sur ce qui arrive dans cette relation thérapeutique. Avec les infirmières forensiques plus orientées vers un rôle actif et les infirmières non forensiques plus orientées vers un rôle passif (d'écoute).</p> <p>Manning's (2002) dit que les préoccupations actuelles sur les risques l'emportent sur les préoccupations sociales thérapeutiques concernant le traitement.</p> <p>Une des caractéristiques les plus frappantes des infirmières forensiques en matière de compétences est le thème du partage du pouvoir et de la négociation dans les interactions avec les patients - les compétences autour de la négociation et de «ne pas sauvegarder le patient dans un coin».</p> <p>Ces compétences pourraient avoir une orientation de gestion - gestion des conflits potentiels qui pourrait avoir un impact sur l'environnement clinique.</p>
Perspectives	<p>Cette recherche suggère qu'il existe des besoins de formation différents pour les infirmières forensiques et non- forensiques. Les deux devraient être centrés sur l'établissement de relations thérapeutiques, dans le contexte d'un trouble caractérisé par des perturbations interpersonnelles (Bowen 2007)</p>
Questions générales Evaluation globale	<p>Cette étude a identifié les principales compétences et celles considérées comme importantes pour les infirmières qui s'occupent de personnes ayant des troubles de la personnalité. Les conclusions de la recherche soutiennent l'idée que la capacité de former une relation thérapeutique est la «roche-mère» des soins apportés aux patients atteints de troubles de la personnalité. Tous les résultats doivent être considérés à la lumière de la diversité de la population clinique et à la diversité des prestations de services.</p>

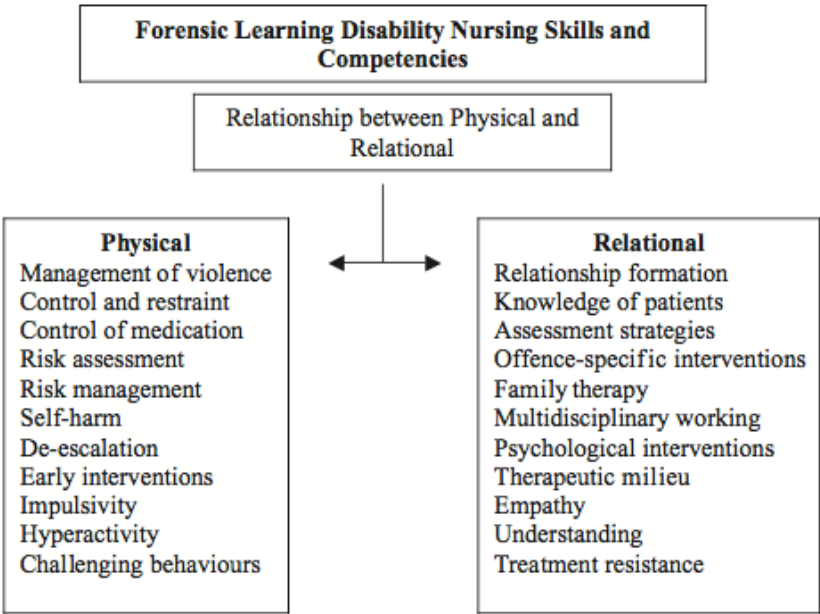
Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'article et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mason, T., & Phipps, D. (2010). Forensic learning disability nursing skills and competencies: a study of forensic and non-forensic nurses. <i>Issues in mental health nursing</i> , 31(11), 708-715.
Résumé	Ce document rend compte d'une enquête sur les difficultés d'apprentissage des compétences et aptitudes des infirmières forensiques et non forensiques au Royaume-Uni. Les deux échantillons de population étaient des infirmières forensiques des services psychiatriques de la haute, moyenne et faible sécurité et des forensiques de services généraux. Un calendrier de collecte d'informations a été utilisé pour collecter les données; de 1'200 calendriers, 643 ont été retournés pour un taux de 53,5% de réponses. Les données ont identifié le "Top Ten" des problèmes que les infirmières forensiques peuvent rencontrer, les aptitudes et les compétences nécessaires pour les surmonter, et les zones qui doivent être développées dans le futur. Les résultats indiquent que les infirmières forensiques ont tendance à se concentrer sur les aspects physiques du rôle, tandis que les infirmières non forensiques ont tendance à percevoir le rôle forensique en termes relationnels. Cela a des implications pour la pratique, la politique et les procédures.
Introduction Enoncé du problème	Depuis le début des années 1980, l'émergence, le développement et l'enracinement des soins infirmiers de psychiatrie forensique au Royaume-Uni (UK) a été un fait historique, en dépit de son expansion continue et de la croissance. Cependant, sa matérialisation n'était pas pensée en un plan stratégique mais plus comme une métamorphose de plusieurs brins de soins infirmiers dans des environnements sécurisés, fondus dans ce que nous appelons maintenant les soins infirmiers psychiatriques forensiques. Avoir les premières racines dans les «hôpitaux spéciaux» comme les établissements de haute sécurité, il semble que ce fut le développement des «unités sécurisées moyennes» dans les années 1980 qui ont professionnalisé la zone de pratique en soins infirmiers de psychiatrie forensique. Depuis cette prolifération au cours des deux dernières décennies du siècle précédent, les programmes et les cours abondaient autour de nombreux aspects des soins infirmiers dans les services psychiatriques de haute sécurité (Whyte, 2000).... (Historique des cours donnés au Royaume-Uni en rapport avec ce sujet) De ce qui précède la métamorphose des branches de soins infirmiers dans un terme commun de soins infirmiers psychiatriques

	forensiques, un certain nombre de préoccupations professionnelles ont émergé au cours des dernières années en ce qui concerne le programme pour l'éducation et la formation des infirmières qui travaillent dans les services psychiatriques de haute sécurité. Ces préoccupations pivotent sur (a) si les qualifications du "RMN" et du RNLD sont appropriées à l'établissement forensique, (b) si, épistémologiquement, les connaissances, les compétences et les aptitudes forensiques spécifiques existent, et (c) le fait que les compétences spécifiques et les aptitudes sont pertinentes pour les services forensiques en rapport avec les qualifications de la RMN et RNLD et les étiquettes de diagnostic de la maladie mentale, des troubles de la personnalité, des troubles d'apprentissage. Dans cette étude, nous nous concentrons sur les aptitudes et compétences des infirmières forensiques.
Recension des écrits	Plus de littérature liée à des compétences et des aptitudes forensiques a été publiée. Par exemple, le rôle des dimensions et les aspects cliniques des aptitudes et compétences des infirmières psychiatriques forensiques ont été signalés (Mason, Coyle, et Lovell, 2008; Mason, Lovell, et Coyle, 2008). Bien que ces auteurs ont incorporé les difficultés d'apprentissage des compétences et des aptitudes dans le cadre forensique de soins infirmiers psychiatriques, ils ne ressortaient pas sur les compétences de santé mentale et compétences générales.
Cadre théorique ou conceptuel	
Hypothèses	Les buts et objectifs de cette recherche sont : (1) d'identifier les principales aptitudes et compétences des infirmières en forensiques; (2) d'établir si ces aptitudes et compétences principales sont perçues différemment entre les infirmières forensiques et les non forensiques; et (3) d'identifier les aptitudes et compétences qui nécessitent un développement .
Méthodes Devis de recherche	Enquête descriptive de type quantitatif
Population et contexte	La méthode consistait en une enquête du personnel infirmier forensique et non forensique travaillant dans une gamme de services forensiques au Royaume-Uni. La population de l'échantillon était qualifiée (RMN ou RNLD) « personnel infirmier clinique » avec un contact face-à-face avec le patient.
Collecte des données et mesures	La répartition des questionnaires a eu lieu dans de nombreuses façons selon le type de service qui était ciblé. Un Information Gathering Shedule (IGS; Mason, Dulson, et King, 2009) a été utilisé pour recueillir les informations sur les aptitudes et compétences des infirmières en médecine forensique. La répartition des questionnaires a eu lieu par de nombreuses façons selon le type de service qui était ciblé; l'organisation d'accueil tend à suggérer que la manière la plus appropriée pour cibler la population de l'échantillon serait en fonction de leurs propres structures institutionnelles. Cette flexibilité est nécessaire comme traitant avec les paramètres psychiatriques sécurisés.

	<p>Les données brutes ont été importées dans le logiciel SPSS sur ordinateur qui nécessitait un mot de passe, et des disques de sauvegarde ont été enfermés dans un placard dans une pièce fermée à clé. La Loi sur la protection des données a été respectée. Pas de données brutes ont été transférées ailleurs. Les données ont été analysées à l'aide de SPSS et de l'analyse quantitative inclus dans la tabulation des données catégoriques avec l'utilisation des fréquences, des pourcentages, la prévalence, l'incidence, et des tests statistiques non paramétriques. L'approbation éthique a été obtenue par le comité éthique de l'Université, du bureau central du comité d'éthique de la recherche.</p> <p>Respect des principes éthiques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bienfaisance - Non-malfaisance - L'égalité des chances - Compétence technique - Le consentement éclairé
Déroulement de l'étude	
Résultats Traitement des données	
Présentation des résultats	<p>1'200 entrevues ont été envoyées à 25 unités forensiques et de 25 unités non forensiques avec 348 (29%) étant retournés par les infirmières forensiques et 295 (24,5%) sont revenus des infirmières non forensiques.</p> <p>Trois zones ont été explorées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le "Top Ten" des problèmes qui donnent aux infirmières le plus de difficulté, - le "Top Ten" des compétences les plus adaptées pour surmonter les problèmes - le «Top Ten » des aspects en soins infirmiers qui devaient être mis au point. <p>Le tableau 1 montre que les infirmières forensiques considèrent la dangerosité, la violence et l'agression au sommet sur la liste des problèmes;</p> <p>Le tableau 2 montre que l'évaluation des risques, les interventions préventives et le contrôle des médicaments ont le score le plus élevé pour le groupe des infirmières forensiques et ceci étant en relation avec les compétences nécessaires pour surmonter les principaux problèmes. Alors que les évaluations rendues par le groupe non forensique considèrent la formation en relationnel (communication) ($\chi^2 = 5,06$, $df = 1$, $p = 0,024$), l'évaluation et la connaissance du patient ($\chi^2 = 5,32$, $df = 1$, $p = 0,021$) comme les plus importants.</p> <p>Les "Top Ten" des domaines de développement peuvent être vus dans le tableau 3. Le groupe forensique a estimé que les évaluations et les interventions étaient les plus élevés sur leur ordre du jour, tandis que le groupe des non forensique a poursuivi leur</p>

	<p>thème avec la formation en relationnel ($\chi^2 = 4,86$, $df = 1$, $p = 0,028$), les évaluations et les interventions ($\chi^2 = 7,63$, $df = 1$, $p = 0,006$) qui sont leur principaux items.</p> <p>Parmi les trois domaines d'exploration, il est noté que le groupe forensique a tendance à se concentrer sur les aspects physiques du rôle, tandis que les infirmières non forensique voient l'aspect « forensique » dans un aspect relationnel. En outre, les infirmières non forensiques estiment que les zones de développement étaient plus vers les interventions compétentes et les thérapies plutôt que de développer des meilleures techniques pour la gestion des problèmes. Ceci peut être illustré (voir la figure 1) dans les zones circonscrites, cependant, il convient de noter qu'il existe une zone dense et complexe entre le physique et le relationnel, qui constitue la base de la théorie, la pratique, les interactions, les styles personnels, etc.</p>  <pre> graph TD A[Forensic Learning Disability Nursing Skills and Competencies] --> B[Relationship between Physical and Relational] B --> C[Physical] B --> D[Relational] C <--> D </pre> <p>Physical</p> <ul style="list-style-type: none"> Management of violence Control and restraint Control of medication Risk assessment Risk management Self-harm De-escalation Early interventions Impulsivity Hyperactivity Challenging behaviours <p>Relational</p> <ul style="list-style-type: none"> Relationship formation Knowledge of patients Assessment strategies Offence-specific interventions Family therapy Multidisciplinary working Psychological interventions Therapeutic milieu Empathy Understanding Treatment resistance
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La perception des dix premiers problèmes qui donnent aux infirmières forensiques le plus de difficulté a montré des similitudes et des différences intéressantes. Les cinq principales préoccupations des infirmières forensiques étaient liées à la dangerosité ou à la violence / agression. Alors que certains de ces thèmes sont apparus dans le top cinq des problèmes suggérés par les infirmières non forensiques (la violence, l'agressivité, l'impulsivité, risque pour les autres), "l'absence d'interventions" est également mentionné. Il semblerait que la dangerosité / agression / violence est quelque chose que les infirmières forensiques identifient comme étant le plus difficile dans leur travail, tandis que les infirmières non forensiques pensent que le manque d'interventions et de méthodes de traitement peut se révéler frustrant pour le patient et le personnel clinique, entraînant des difficultés dans l'exercice de leur rôle (Mason & Carton, 2002; Stanley & Swann, 2005).</p> <p>Les infirmières forensiques indiquent que "la frustration" et "peu de</p>

	<p>progrès pour les patients" causent quelques difficultés, ce qui a des similitudes avec d'autres conditions chroniques (Main, 1957; Mason & Mercer, 1999). Cela pourrait également indiquer que les patients eux-mêmes réalisent se trouver dans une situation difficile et qu'ils en viennent aux limites, voire expriment leur frustration, et cela va provoquer chez les infirmières forensiques quelques difficultés, aussi, comme elles tâchent de soutenir les individus sur une base journalière (Mason, Lovell et al, 2008; Mason, Coyle et al, 2008).</p> <p>Le tableau 3 résume les aspects «top ten» des soins infirmiers qui devraient être développés, en énumérant les éléments suggérés par les infirmières forensiques et non. Dans le top dix pour les infirmières forensiques, il y a un seul aspect qui pourrait être décrit comme relationnel, celui de la communication. Fait intéressant, dans la liste des infirmières non forensiques, les aspects relationnels sont très présents, comprenant la formation de la relation, qui est au sommet de la liste, les compétences empathiques, et la compréhension du comportement. Les aspects que les infirmières forensiques veulent voir se développer sont beaucoup plus tangibles et physiques, comprenant le contrôle et restriction et des interventions préventives, par exemple (Clare et Mosher, 2005; Howells, Rogers, et Wilcock, 2000).</p> <p>La liste des aspects des soins infirmiers forensiques que les deux groupes aimeraient voir se développer semble répondre à la liste des problèmes dans le tableau 1 dans une certaine mesure, mais pas entièrement. Par exemple, les infirmières forensiques ont souligné la frustration et l'absence de réponses au traitement comme l'un des problèmes qui leur donne le plus de difficultés, mais lorsqu'on leur demande quels aspects de la médecine forensique qu'elles aimeraient voir se développer, la "communication" seulement est citée comme une réponse qui pourrait être considérée comme une initiative centrée sur la personne, permettant à l'infirmière de comprendre les frustrations vécues par les patients (Coyle & Lunt, 2009).</p> <p>Fait intéressant, le groupe forensique voit les « interventions préventives » comme une compétence pour lui, quelque chose qu'il a également souligné comme l'une des compétences les mieux adaptées pour résoudre les problèmes mis en évidence dans le tableau 1. Ce qui est intéressant parce que, souvent, les infirmières forensiques travaillent avec des gens qui ont déjà présentés des comportements délictueux, et pour qui les interventions préventives peuvent sembler être trop tard, une fois que les services forensiques ont reçu leurs références et que les démarches ont commencé à s'engager contre eux. Toutefois, les premières techniques d'intervention seraient précieuses pour le praticien et le patient, et sans doute, les infirmières forensiques sont dans une excellente position pour commenter le succès potentiel d'une telle initiative avec le résultat que plus de gens seront pris en charge par d'autres moyens, plutôt que de faire partie du système judiciaire.</p> <p>En résumé, les similitudes sont évidentes pour toutes les réponses indiquées dans les tableaux 1-3, indiquant qu'il y a un rôle commun perceptible entre les deux groupes d'infirmières. Tandis que ces</p>
--	--

	<p>similitudes sont utiles à noter, le plus intéressant est de constater les différences entre les deux groupes. Principalement axés sur les aspects «physiques» mis en évidence par les infirmières forensiques, elles sont juxtaposés avec les aspects «relationnels» que les infirmières non forensiques perçoivent comme étant important.</p> <p>Cela semble être d'une importance centrale à des fins éducatives, en ce qu'enseigner et prendre des initiatives dans ce domaine nécessitent de se concentrer sur les points centraux de ces différentes perspectives, en tirant dans la même direction, pour former un ensemble unique d'aptitudes et des compétences pour infirmières forensiques.</p> <p>Un ensemble d'aptitudes et de compétences a été établi avec des différences dans les perceptions de qu'est ce qui constitue les aptitudes et compétences des deux groupes. Alors que les principales similitudes ont été observées en termes de gestion de la violence et de l'agression, la différence majeure était que les infirmières forensiques ont vu la partie principale de leur rôle comme un effort physique et les infirmières non forensiques ont perçu leur rôle dans le sens de nouer des relations.</p>
Perspectives	<p>Il serait intéressant d'étudier ce que les patients eux-mêmes mettrait en évidence comme difficultés et de voir si les considérations environnementales, procédurales ou judiciaires figureraient dans leur top dix.</p> <p>Cela a un impact sur le développement curriculaire et l'élaboration de politiques, étant des aspects où il faut mettre davantage l'accent et qui semblent nécessaires pour un bon l'équilibre: les soins infirmiers forensiques en relation avec les aptitudes physiques et les compétences dans la formation à la relation.</p> <p>En attirant ces deux perspectives ensemble, nous pouvons prévoir que les infirmières forensiques vont développer une orientation plus claire de leur rôle en soins infirmiers et leurs aptitudes et leurs compétences pourraient bien constituer un secteur professionnel unique de connaissances en soins infirmiers.</p>
Questions générales	
Présentation	
Evaluation globale	

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'articles et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Rask, M., & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 8(4), 323-333.
Résumé	Les infirmières travaillant dans cinq unités de psychiatrie légale suédoises remplissent un questionnaire conçu pour les soins infirmiers de psychiatrie générale, mais modifié pour une utilisation légale. Les analyses ont donné comme résultats les interventions les plus couramment utilisées soient «interaction sociale», «communication régulière» et «la formation des compétences sociales».
Introduction Enoncé du problème	<p>Beaucoup de théories et modèles ont été développés sur la question dont les soins psychiatriques doivent être accomplis. Ces théories et modèles contiennent des descriptions et des interventions différentes. Beaucoup de ces derniers incluent les interactions entre les patients et les infirmières. Ce rapport se concentre sur les deux interventions infirmières-patients verbaux et non verbaux.</p> <p>Il y a peu d'études empiriques qui cherchent à comprendre les interactions verbales infirmière-patients utilisées dans les soins psychiatriques forensiques. La plupart de la littérature sur les soins psychiatriques a examiné l'interaction infirmière-patient, à la fois verbale et non-verbale, comme étant d'une grande importance (Heron 1989, Morrison & Burnard 1991, Tschudin 1995).</p>
Recension des écrits	<p><u>Le sujet de l'étude</u> se concentre sur les interventions infirmière-patients verbaux et non verbaux. Il a été relevé que les relations infirmière-patients, les compétences de la vie sociale et le soutien semblent être des domaines importants dans les soins forensiques. Niskala (1986) a analysé les compétences et les aptitudes infirmières en soins infirmiers forensiques au Canada. Deux points les plus importants étaient une communication efficace et le maintien de la sécurité.</p> <p><u>Le but de l'étude</u> est de savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles interventions sont utilisées et à quelles fréquences. - Quels sont les principaux foyers en interaction verbale des infirmières aux patients. - Dans quelles mesures les interventions et les actions verbales proposées correspondent à des modèles théoriques qui sont présentés comme modèle de soins infirmiers.

Cadre théorique ou conceptuel	
Hypothèses	
Méthodes Devis de recherche	Le devis est une procédure d'échantillonnage aléatoire.
Population et contexte	L'échantillon : En tout, 350 questionnaires ont été distribués aux infirmières (RN et LMN) dans cinq unités psychiatriques forensiques et il y avait 246 réponses (70 %). Quatre questionnaires ont été exclus en raison de l'abandon (n = 242). Le pourcentage de réponses varie de 77% à 100 % pour les unités A, B, D et E. L'unité C avait un pourcentage de réponses de 41% seulement, ce qui a été expliqué par le personnel comme un malentendu de la lettre d'accompagnement. Cinq unités ont un total de 323 lits d'hôpital pour les patients condamnés à des soins psychiatriques forensiques.
Collecte des données et mesures	Pour les statistiques descriptives, les pourcentages ont été calculés pour les interventions infirmières, scores donnés en Likert 1 et 2 à un «faible» et les scores catégorie 3 et 4 pour une catégorie «élevé». Ensuite, les résultats ont été enregistrés sur un logiciel informatique. L'échelle de l'interaction verbale (VIS) a été analysée au moyen d'une analyse factorielle pour identifier les tendances sous-jacentes dans les réponses et ainsi réduire le nombre d'éléments à un ensemble plus gérable de mesures.
Déroulement de l'étude	Un questionnaire a été distribué dans les cinq unités de soins, portant sur plusieurs catégories de questions. L'étude s'est déroulée sur plus de six mois et sur un total de 246 réponses (70%) infirmiers et médecins confondus. Les réponses concernant les interventions ont été classées comme «pas du tout», «parfois», «souvent», et «très souvent». Les réponses concernant les interactions verbales infirmière-patient et pour les modèles théoriques de soins infirmiers ont été classés comme «pas du tout», «dans une certaine mesure», «à un degré élevé, et «à un très haut degré».
Résultats Traitement des données	En tout, 350 questionnaires ont été distribués et il y avait 246 réponses (70 %). Quatre questionnaires ont été exclus en raison de l'abandon (n = 242). Le pourcentage de réponses varie de 77% à 100 % pour les unités A, B, D et E. L'unité C avait un pourcentage de réponses de 41% seulement, ce qui a été expliqué par le personnel comme un malentendu de la lettre d'accompagnement. Le questionnaire était basé sur des questions d'autres démographie, organisation des soins et des soins infirmiers, responsabilité et contenu en soins infirmiers, modèles théoriques en matière de soins et soins infirmiers, interventions en soins infirmiers, l'interaction verbale infirmière-patient, soutien et gestion du personnel infirmier et enfin satisfaction des infirmières pour les soins infirmiers et le travail.
Présentation des résultats	Le tableau 1 Les quatre interventions les plus courantes étaient «interaction sociale», «interaction verbale régulière,

« entraînement aux habiletés sociales à l'intérieur de l'institution » et « entraînement aux habiletés sociales en dehors de l'institution ». Les quatre moins fréquentes sont la « formation de corps de la conscience », « exercices de relaxation », « entretien ménager au domicile du patient », et « l'art-thérapie. Le groupe des infirmières diplômées (RN) ont déclaré utiliser « mirroring after activity groups » le plus souvent (Mann-Whitney, $P < 0,01$), comparativement au groupe des infirmières spécialisées en psychiatrie (LMN). Les infirmiers ont déclaré utiliser des formations pour répondre à des situations phobiques à l'intérieur de l'institution plus souvent (Mann-Whitney, $P < 0,01$), comparativement aux infirmières. Il y avait également des différences significatives entre les cinq unités. Unité B utilise « interaction verbale régulière » plus souvent, par rapport à l'unité D (Kruskal-Wallis, p avec ajustée, $P < 0,01$) et utilise la « thérapie de l'art » plus fréquemment, par rapport à l'unité D et E (Kruskal-Wallis, $p < 0,01$). L'unités D et E avaient la moyenne la plus élevée par rapport à l'unité C pour « entraînement physique » (Kruskal-Wallis, $P < 0,01$). L'unité A a la moyenne la plus élevée par rapport à l'unité D pour « formation pour répondre à la situation phobique dehors de l'institution » (Kruskal-Wallis, $P < 0,05$).

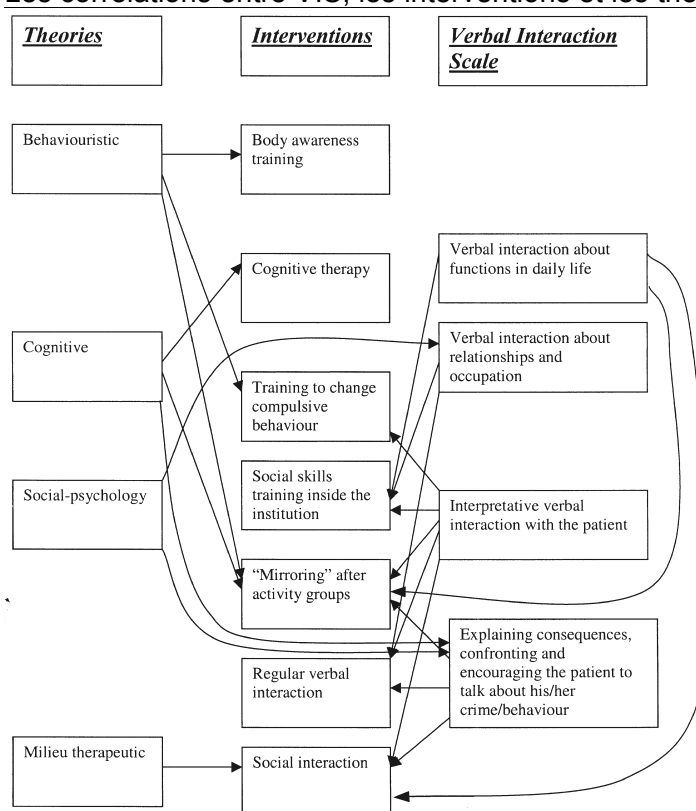
Les tableaux 2-3 Les quatre sous-échelles ont été obtenues en additionnant les points pertinents appartenant à chaque facteur, avec le signe approprié. Les moyens de ces sous-échelles (Ssc1 à Ssc4) sont donnés dans le tableau 3. Les sous-échelles ont été modérément corrélées entre elles (entre 0,35 et 0,59, médiane = 0,47). Les sous-échelles « expliquant les conséquences, confrontant et encourageant le patient à parler de sa / son crime / comportement », et « l'interaction verbale interprétative avec le patient », avaient un score plus élevé, suivi de près par « l'interaction verbale sur les fonctions de la vie quotidienne ». Au sein de chaque sous-échelle, il y avait des différences significatives entre la RN et les groupes LMN. Le groupe de RN utilise « expliquer les conséquences, en affrontant et en encourageant le patient à parler de sa / son crime / comportement » (test t , $P < 0,001$) et « l'interaction verbale à propos des fonctions de la vie quotidienne » (test t , $P < 0,005$) significativement plus souvent que l'accent mis dans l'interaction verbale infirmière-patient. Les infirmières utilisent « interaction verbale sur les fonctions de la vie quotidienne » (test t , $P < 0,001$) significativement plus souvent que les infirmiers.

Le tableau 4 Les intercorrélations entre l'échelle d'interaction verbale (VIS), ses sous-échelles et les 15 interventions sont présentées dans le tableau 4. Dans l'ensemble, les corrélations étaient faibles et la variance commune de moins de 5 %. Afin d'éviter toute interprétation des associations statistiquement significatives mais cliniquement pertinentes, nous avons besoin d'au moins 6,25 % de variance partagée à accepter une association. Sept corrélations significatives ont été trouvées entre le VIS et les interventions utilisées par les infirmières. Les corrélations les plus fortes ont été trouvées pour les interventions

qui, par définition, comprennent des éléments verbaux. Onze des corrélations significatives ont été identifiées entre les sous-échelles et les différentes interventions.

- Exercice de relaxation
- Formation pour répondre à des situations phobiques
- Thérapie cognitive
- Entraînement aux habilités sociales
- Entraînement physique
- Interaction verbale régulière
- Interaction sociale
- Art thérapie

Les corrélations entre VIS, les interventions et les théories :



Le tableau 5 Les intercorrélations entre les sous-échelles VIS et un ensemble de six modèles théoriques sont présentés dans le Tableau 5. Dans l'ensemble, ces corrélations étaient également faibles. Le même critère de pertinence a été appliquée, à savoir qu'il nous fallait au moins 6,25% de variance partagée à accepter une association. Trois associations significatives ont été identifiées et sont représentées dans la Fig. 1.

- Explication des conséquences, confronter et encourager
- Aider le patient à parler de son crime et de son comportement
- Interaction verbale sur les relations et l'occupation
- Interaction verbale interprétative avec le patient
- Interaction verbale sur les fonctions de la vie quotidienne

	<p>Le tableau 6 Les intercorrélations entre les interventions et les modèles théoriques différents sont présentées dans le tableau 6. Dans l'ensemble, ces corrélations étaient aussi faibles. Le même critère de pertinence a été appliqué ($> 6,25\%$ variance partagée) d'accepter une association. Six associations significatives ont été identifiées (Fig.1).</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>La principale conclusion est que les infirmières psychiatriques forensiques utilisent « l'interaction verbale » comme l'instrument principal dans le processus de soins. « Expliquer les conséquences en confrontant et en encourageant le patient à parler de son crime / comportement », « l'interaction verbale interprétative avec le patient » et « l'interaction verbale sur les fonctions de la vie quotidienne » ont fait l'objet commun dans l'interaction verbale infirmier-patient. En outre, « l'interaction sociale » et « compétences sociales formation à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution » ont été des éléments communs dans le processus d'interaction. Il y avait des différences significatives pour le type d'interventions et pour la mise au point de l'interaction verbale entre les groupes professionnels (RN et LMN), pour l'égalité et pour l'institution (les cinq unités). Il y avait des corrélations significatives entre l'échelle de l'interaction verbale (VIS) et sept des interventions utilisées par les infirmières. Il y avait aussi des corrélations significatives entre les modèles théoriques et cinq des interventions et aussi avec trois sous-échelles d'intérêt en interaction avec le patient infirmière-verbal. Pour cette étude, un échantillon aléatoire stratifié, basé sur le nombre d'infirmières employées à chaque unité a été utilisé (Polit & Hungler 1995). Le questionnaire utilisé pour cette étude a été initialement développé et utilisé pour étudier les soins infirmiers de psychiatrie générale en Suède (Hallberg 1997). Dans cette étude, on a constaté que « l'interaction verbale interprétative » était l'un des axes les plus fréquents de l'interaction verbale.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Nous avons trouvé que les infirmières légistes utilisent fréquemment des interventions verbales. Par conséquent, il est nécessaire de se concentrer sur cette question, en tenant compte des perspectives des patients et des infirmières, ainsi que l'effet de ces interventions sur les résultats.</p> <p>Il n'y avait que peu de correspondance entre la pratique et les modèles théoriques. Par conséquent, nous avons besoin d'études théoriques génératrices, qui à la fin peuvent aboutir à une meilleure cohérence entre la théorie et la pratique. En revanche, la formation des RN devrait être élargie dans des domaines couvrant les questions d'éthique, lois et règlements, et la logique derrière ces derniers.</p>
<p>Questions générales Présentation</p>	
<p>Evaluation globale</p>	

Grille de lecture d'un article scientifique Approche qualitative

Cette grille a été complétée sur la base des propos en anglais des auteurs de l'article et traduit en français.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Baxter, V. (2002). Nurses' perceptions of their role and skills in a medium secure unit. <i>British Journal of Nursing</i> , 11(20), 1312-1319.
Résumé	Cette étude descriptive a étudié les perceptions de 25 infirmières qualifiées qui travaillent dans une unité de sécurité moyenne par rapport à leur propre rôle et leurs compétences. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées et analysées par analyse de contenu thématique. Les résultats suggèrent que les infirmières dans cet environnement ont un rôle large, et possèdent un éventail de compétences et des qualités personnelles. Des similitudes avec des collègues dans les milieux psychiatriques génériques ont été identifiées, mais de nouvelles compétences et connaissances spécialisées ont été perçues comme étant nécessaires dans l'environnement sécurisé. Divers facteurs ont été soupçonnés d'affecter le rôle de l'infirmière qui a été également perçu comme étant complémentaire à celui d'autres disciplines. Les infirmières étaient considérées comme apportant une contribution unique à l'équipe multidisciplinaire. La mise à disposition d'un environnement thérapeutique et sécuritaire a été perçue comme un défi.
Introduction Enoncé du problème	Les infirmières qui travaillent dans les milieux sécurisés moyens font partie d'un groupe appelé «les infirmières psychiatriques forensiques. Cette étiquette semble être assez récente, à partir du milieu des années 1980. Cependant, l'histoire des infirmières travaillant dans les milieux sécurisés peut être retracée beaucoup plus loin: selon Burrow (1991), elles ont émergé de la nécessité perçue pour la captivité des délinquants souffrant de troubles mentaux, qui a conduit à la construction de l'asile d'aliénés criminels. Les soins infirmiers dans les milieux sécurisés ont également été décrits comme une spécialité (Penderson, 1988; Parry, 1991), le plus souvent en raison de facteurs situationnels tels que la nature sécurisée de l'environnement, la dangerosité potentielle du groupe de client, et la relation entre l'infraction et la maladie mentale présente. Jusqu'à tout récemment, il semble aussi y avoir un manque de cohérence et de consensus entre les études existantes.
Recension des écrits	La littérature vient plus tôt du Canada (Phillips, 1983; Niskala, 1986, 1987). Ces études examinent les besoins de formation des infirmières légistes canadiennes et identifient les compétences requises par les infirmières qui travaillent dans les zones de médecine légale. Au Royaume-Uni, diverses études identifient les questions importantes rencontrées par les infirmières forensiques et

	<p>mettent en évidence les interventions utilisées par elles (Kitchiner et Rogers, 1992; Kitchiner et al, 1992a; Kitchiner, 1996). D'autres recherches se concentrent sur le travail des infirmières forensiques aux Etats-Unis, les connaissances et les compétences des infirmières cliniciennes spécialisées travaillant dans des unités de médecine légale au Royaume-Uni, les niveaux de stress au travail des infirmières qui travaillent dans des unités de sécurité moyenne, et les différences d'attitude entre les infirmières qui travaillent au sein d'unités de sécurité moyenne et les infirmières qui travaillent dans d'autres spécialités (Benson, 1992; Scales et al, 1993; Kirby, 1995; Kinsella et Chaloner, 1995). Cependant, ces études semblent présenter une indication limitée du rôle et des compétences spécifiques des infirmières forensiques. Ceci parce que, dans l'ensemble, elles utilisent une méthodologie quantitative; alors qu'elles fournissent des observations objectives et systématiques, elles ne parviennent pas à créer une image complète de la réalité de travail des soins infirmiers dans le cadre forensique. En effet, McCourt (1999) critique Phillips (1983) pour avoir omis de fournir des discussions importantes sur la spécialité des «soins infirmiers forensiques». Dhondea (1995) affirme que de telles études ne parviennent pas à refléter le monde réel des soins infirmiers au sein des environnements de médecine légale. Les études adoptant une approche plus qualitative semblent présenter une image plus claire, car elles se concentrent sur les expériences des personnes et cherchent à donner un sens à ce qu'elles font. Ces études (Dhondea, 1995; bouilloires et Robinson, 1998; Université de Central Lancashire, 1999) ont identifié les questions clés relatives à la préparation des infirmières à travailler dans des environnements sécurisés, les compétences professionnelles, les difficultés liées au développement de la pratique en établissements fermés, et les complexités personnelles et professionnelles de la relation avec les patients.</p>
Question de recherche	Quelles sont les perceptions des infirmières de leur rôle et les compétences des infirmières dans une unité de sécurité moyenne ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Une approche qualitative a semblé opportune à l'exploration des perceptions, par l'utilisation d'une technique d'échantillonnage connue comme l'échantillonnage aléatoire stratifié.
Population et contexte	25 infirmières qualifiées ont été sélectionnées pour l'étude.
Collecte des données et mesures	<p>Pour éviter une session rigide de questions-réponses, un entretien semi structuré a été utilisé.</p> <p>Les entrevues ont été enregistrées et transcrites, puis analysées par analyse de contenu thématique (Burnard, 1991). Les données ont été ramenées aux répondants choisis au hasard, et un collègue pas impliqué dans l'étude, mais familier avec le processus d'analyse, a vérifié la validité.</p>
Déroulement de l'étude	La situation d'entretien empêche le participant d'être anonyme, plaçant ainsi une obligation morale au chercheur de protéger l'identité du participant des autres. L'utilisation des numéros au lieu de noms maintient la confidentialité et l'anonymat.

	Les participants ont également été assurés qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses aux questions.
Rigueur	<p>L'approbation éthique a été demandée au comité d'éthique de la recherche locale. Après des assurances écrites de l'auteur que les lignes directrices de la commission sur la fabrication et l'utilisation d'enregistrements visuels et sonores seraient respectées et que les participants seraient informés que le refus de prendre part à l'étude n'affecterait pas leurs perspectives d'emploi et qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment, l'approbation a été donnée.</p> <p>Le consentement écrit des participants a été obtenu après avoir expliqué le but de l'étude verbalement et par écrit. Une étude pilote avec cinq participants a été réalisée. Elle était aussi proche que possible de l'étude proposée, avec les mêmes paramètres, la même collecte de données et la même technique d'analyse. Après cette étude, certaines questions ont été reformulées et une question supplémentaire a été ajoutée à l'entrevue.</p>
Résultats Présentation des résultats	<p>Rôle et compétences perçus</p> <p>Les participants perçoivent leur rôle comme vaste. Cependant, dans ce rôle de grande envergure, trois fonctions principales ont été décrites: managériale, administrative et soins infirmiers. La fonction de gestion, remplie par tout le personnel, a été perçue comme le rôle principal du personnel.</p> <p>Les fonctions d'administration : « Nous traitons avec beaucoup de travail de papier ».</p> <p>Les Soins infirmiers couvrent un large éventail d'activités : « les médicaments, la pression artérielle et le poids.... Nous aidons les patients avec leur linge.... »</p> <p>La coordination des soins aux patients a également été perçue comme une fonction de soins infirmiers.</p> <p>Tous les participants ont estimé que l'évaluation, la planification, la mise en œuvre étaient des éléments centraux de la fonction «soins infirmiers»</p> <p>Quelle que soit la fonction des participants, ils ont tous déclaré que la fourniture d'un environnement thérapeutique et sécuritaire est un élément important du rôle de l'infirmière.</p> <p>Trois compétences principales ont été décrites: la communication; gestion de la violence et de l'agression; et des soins infirmiers de base. Tous les participants ont identifié la communication comme la compétence principale possédée par les infirmières parce qu'elle permet de développer des relations thérapeutiques.</p> <p>Une bonne communication est une compétence qui a été considérée comme importante dans la gestion de la violence et de l'agression.</p> <p>Le terme «compétences en soins infirmiers de base» a été utilisé pour se référer aux procédures pratiques telles que l'administration de médicaments, les observations physiques, et l'implication dans des situations qui nécessitent une intervention médicale.</p> <p>Certains participants ont fait allusion à d'autres compétences - l'évaluation, l'enseignement et la gestion.</p> <p>Les participants ont décrit également plusieurs caractéristiques</p>

personnelles, sans lesquelles les infirmières auraient du mal à travailler dans un environnement sécurisé: « Vous devez être non-jugement, en particulier en raison de la nature de certaines des infractions répertoriées. Vous devez également être honnête, et être en mesure de le démontrer aux les patients. »

Les différences entre les soins infirmiers en santé mentale forensique et générique

Des facteurs tels que la sécurité, les questions juridiques et le groupe de patients qui étaient des délinquants ont été cités comme les principales différences entre les infirmières forensiques et les infirmières générales de soins infirmiers en santé mentale.

Cependant, les compétences en soins infirmiers de base et la présentation de la maladie ont été perçues comme les mêmes.

Les participants estiment que la pratique dans un environnement sécurisé les oblige à être plus informés et compétents en ce qui concerne les questions de sécurité que leurs collègues génériques. Cependant, ces compétences de sécurité ont abouti à une confusion sur le rôle des soins infirmiers. Des infirmières sont parfois prises pour des agents pénitentiaires et les questions de sécurité l'emportent souvent sur les questions thérapeutiques.

Les questions juridiques et judiciaires ont été considérées comme des éléments du processus de santé mentale forensique. Par conséquent; les infirmières forensiques doivent connaître ces processus législatifs. La loi sur la santé 1983, le rôle des tribunaux, et le rôle du ministère de l'Intérieur. Travailler à l'interface entre les systèmes de santé et de justice pénale signifiait aussi que les infirmières elles-mêmes sont perçues comme transportant plus de responsabilités que leurs homologues génériques.

La coexistence de la maladie et de l'infraction influence le type de soins requis pour les patients au sein de l'environnement forensique. Les patients ont été considérés comme ayant besoin de soins sur une période plus longue que dans les lieux génériques. Le comportement de la maladie et de la délinquance exige de la gestion.

Entraînement et préparation

La perception générale tenue par tous les participants était que la formation de préinscription n'a pas préparé les infirmiers à travailler dans des environnements sécurisés.

La référence limitée à des questions forensique et le manque d'accès aux stages en médecine légale ont été cités comme les principales raisons.

Une fois qualifiés et praticiens dans un environnement sécurisé, la perception générale des participants était que les infirmières ont été fournies avec la possibilité de devenir des praticiens qualifiés. Cependant, ces compétences ont tendance à résulter de l'expérience et de la formation en interne plutôt que de cours formels après homologation.

Facteurs influant sur le rôle de l'infirmière et de l'utilisation des compétences

L'influence des politiques et des procédures a été généralement perçue comme positive: ils ont fourni des conseils, un point de

	<p>référence et un cadre, qui a façonné le rôle de l'infirmière. Cependant, il ya eu quelques commentaires négatifs.</p> <p>Tous les participants perçoivent le soutien et la supervision clinique comme des facteurs essentiels qui sous-tendent le rôle de l'infirmière. Cependant, la plupart ne se livrent pas à des séances régulières et structurées.</p> <p><u>Les relations interprofessionnelles</u></p> <p>«Le rôle de chacun est tout aussi important »</p> <p>Les participants ont estimé que, par rapport à ceux qui travaillent dans d'autres disciplines, les points de vue des infirmières étaient les moins écoutés.</p> <p>Les participants ont perçu que le rôle de l'infirmière est unique.</p> <p>« Les infirmières sont sur la ligne de front, nous sommes avec les patients quotidiennement. Nous sommes donc en mesure de les évaluer sur cette base. Sans les infirmières, l'équipe clinique serait en manque d'une grande partie de l'information sur les patients. »</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les résultats suggèrent que les infirmières au sein d'un environnement sécurisé se voient comme une fonction spécifique qui nécessite une certaine expertise. Elles se voient comme différentes des autres professionnels. La présente étude a ses limites. Depuis, les infirmières travaillent dans un large éventail de paramètres sécurisés, les perceptions de leur rôle et les compétences peuvent différer; les résultats de l'étude, par conséquent, peuvent ne pas représenter les vues de toutes les infirmières qui travaillent au sein de ces paramètres. L'auteur remplit le rôle de collecteur de données et analyste, de sorte que la sélection de données pour l'acceptation ou le rejet pourrait être considérée comme subjective. Une telle approche personnelle peut aussi affecter la reproductibilité de l'étude, puisque les interactions avec les participants et l'interprétation des résultats peuvent différer entre les chercheurs.</p> <p>Enfin, la fiabilité des données qualitatives est difficile à établir. Par conséquent, tandis que la cohérence et la standardisation de l'outil de collecte de données peuvent être discutable, les données recueillies semblent fournir une compréhension large et en profondeur des phénomènes à l'étude. Les participants ont perçu les délinquants atteints de troubles mentaux comme un groupe de clients ayant des besoins spécifiques. L'analyse de ces besoins pourrait permettre aux infirmières dans les milieux sécurisés / forensiques de développer et de préciser un rôle et un éventail de compétences pour y répondre. Travailler avec les clients qui sont à la fois les patients et les délinquants peut causer des conflits de rôle, un phénomène reconnu par Wimatt (1997), qui décrit le conflit d'intérêts vécu par le personnel de santé de la prison. Selon Kitchiner et al (1992a), le conflit de rôle a été identifié comme une source importante de stress chez les infirmières. Le double rôle du thérapeute et dépositaire non seulement peut provoquer des conflits et le stress, mais affecte également les attitudes des infirmières envers les patients. Enquêter sur les attitudes des infirmières qui traitent des détenus et qui travaillent dans les milieux sécurisés / forensiques pourrait le mettre en évidence ou non. Nolan (1993)</p>

	<p>suggère que les différents groupes de professionnels ont des croyances différentes sur ce que les autres font. Enquêter sur les perceptions des personnes dans d'autres disciplines sur le rôle et les compétences des infirmières qui travaillent dans les milieux sécurisés / forensiques peut se révéler utile.</p> <p>Le développement d'un modèle utile et pratique qui permet la description soins infirmiers de patients pourrait être une approche.</p>
Perspectives	<p>Une enquête plus poussée à travers une gamme de paramètres sécurisés / légistes est nécessaire pour évaluer l'ampleur du rôle et des compétences de l'infirmière. Ces paramètres devraient inclure la communauté et la prison, ainsi que différents niveaux de la sécurité au sein du NHS et le secteur privé.</p> <p>Une clarification du rôle de l'infirmière et une enquête sur les niveaux de stress chez les infirmières dans les milieux sécurisés / forensiques, y compris les prisons, sont importantes et nécessitent une enquête plus approfondie.</p>
Questions générales Présentation	<p>Les résultats semblent confirmer ceux d'études antérieures, qui ont identifié les soins infirmiers dans des environnements sécurisés / forensiques comme une spécialité (Burrow, 1993; Fisher, 1995; bouilloires et Robinson, 1998). Les participants croyaient généralement que les infirmières travaillant dans un tel environnement jouaient un rôle défini et valorisé, ce qui nécessitait une variété de compétences. Cela leur a permis de gérer les délinquants atteints de troubles mentaux et d'autres posant de sérieuses difficultés de gestion dans un cadre sécurisé, et pour réhabiliter ces personnes dans la société. De la présente étude au moins, il semble que les infirmières forensiques sont une réalité plutôt qu'un mythe, et que ce dont elles ont besoin maintenant sont des mécanismes clairs d'éducation, de formation et de soutien.</p> <p>Nous pouvons réellement définir les infirmières forensiques comme une spécialité.</p>