

LISTE DES ABRÉVIATIONS

HEdS	Haute École de Santé - Genève
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICOT	Population Intervention Comparison/Context Outcome Time
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICOT

Tableau 2. Diagramme de flux

Tableau 3. Équation de recherche utilisée pour la recherche d'articles

Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Tables des matières

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	vi
Liste des tableaux	vi
Introduction	8
1. Problématique	9
2. Modèle théorique	18
2.1. Modèle théorique	18
2.2. Ancrage disciplinaire : la théorie de Hildegarde Peplau	21
2.2.1. Assomptions	21
2.2.2. Méta-concepts	21
2.2.3. Les 4 phases de Hildegarde Peplau	23
2.2.4. Les différents rôles	25
3. Méthode	26
3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	26
3.2. Tableau 1. PICOT	27
3.3. Titres des articles sélectionnés	28
3.4. Tableau 2 : Diagramme de flux	29
3.5. Tableau 3. Équation de recherche utilisée pour la recherche d'articles	30
4. Résultats	32
4.1. Analyse critique des articles retenus	33
4.1.1. Conséquences de la violence sur les infirmiers par des patients atteints d'une pathologie psychiatrique	34
4.1.2. Facteurs favorisant les actes de violence chez le patient psychiatrique	36
4.1.3. Les stratégies de prise en soin des patients psychiatriques violents ...	37
4.1.4. Difficultés de la prise en soins en milieu carcéral	41
5. Tableau comparatif	43
5.1. Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique .	43
6. Discussion	52
6.1. Recommandations	59
6.2. Limites	61
7. Références	62
8. Annexes	67

INTRODUCTION

Nous sommes trois étudiantes en dernière année de Bachelor en Soins Infirmiers. Nous avons été toutes trois confrontées, directement ou indirectement, à une forme de violence qu'elle soit verbale, physique ou psychologique durant nos stages ou expériences personnelles. Au travers de la réalisation de ce travail, nous cherchons à mieux comprendre la notion même de violence et plus particulièrement la violence dans les soins ainsi que ses aspects préventifs et thérapeutiques. Le cœur de notre travail s'articulera autour de la violence dans les soins en milieu carcéral dans les unités psychiatriques. Pour ce faire, nous nous concentrerons sur les stratégies de prise en soin infirmière dans le but d'améliorer la qualité des soins. En effet, grâce, entre autres, à un travail de méthodologie de la recherche, au cours de notre deuxième année de formation, nous avons pu remarquer l'importance de reconnaître cette thématique et de nous questionner sur les principaux impacts de celle-ci.

Pour commencer, nous allons tout d'abord parler du contexte de violence en nous appuyant sur des données épidémiologiques. Nous définirons ensuite les concepts principaux du thème de notre travail : la violence des patients envers le personnel soignant ainsi que la discipline sur lequel nous allons nous appuyer pour élaborer notre question de recherche.

Suite à cela, nous attacherons ce thème à notre pratique infirmière en expliquant ce qu'est une théorie infirmière afin de lier notre travail à l'une d'elle.

Pour nous permettre d'appuyer notre question de recherche, nous utiliserons des articles qui comprennent des données probantes. Ceux-ci seront analysés de façon critique et mettront en exergue les résultats ainsi que leurs impacts sur la profession d'infirmier.

Pour terminer, nous ferons une discussion afin d'énoncer les apports et les limites qui ressortent des résultats de notre recherche en lien avec notre problématique.

1. PROBLÉMATIQUE

Comme énoncé précédemment, au cours de notre deuxième année de formation, nous avons été amenées à effectuer un travail sur le thème *de la violence dans les soins*. Ce dernier a représenté les prémices de ce travail de Bachelor qui était jusqu'à lors inachevé.

Nous avons fait des recherches sur la violence dans les soins, ce qui nous a permis de nous questionner sur notre rôle infirmier face à cette problématique. Selon l'article de recherche de Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil et Bérubé (2015), le personnel infirmier est l'un des métiers où les professionnels sont les plus exposés à la violence. Parmi la multitude de services dans lesquels peut travailler un infirmier, le domaine de la psychiatrie est celui où l'on retrouve le plus de violence (Shield & Wilkins, 2014, cités par Perron et al., 2015, p.48).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002), la violence est une thématique qui nous concerne tous : elle est présente « dans la rue, chez nous, à l'école, au travail et ailleurs encore ». Cette organisation définit la violence comme suit : « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté ». De plus, l'acte violent « entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». En effet, l'OMS comptabilise 1,4 million de morts par année dû à la violence (2017), ce qui correspond à environ 2,5% des décès sur une année.

L'impact que la violence peut avoir sur un individu dépend de sa construction psychique de base. Selon Fanguin (2009), en psychanalyse, la construction psychique est composée de trois instances appelées le Ça, le Moi et le Surmoi. Ils « sont les aspects structurés du psychisme humain à partir desquels la personne ressent, appréhende le réel et interagit avec les autres et avec le monde environnant » (pp.30-31). Selon le psychanalyste Sigmund Freud, ces trois entités diffèrent selon la personnalité et le développement de chaque personne.

« Le Ça est le réservoir héréditaire de pulsions instinctuelles chaotiques, non encore en harmonie les unes avec les autres, ni avec les faits de la réalité extérieure » (Fanguin, 2009, pp.30-31).

Le Moi correspond à la « partie intégratrice de la personnalité » (Fanguin, 2009, pp.30-31). Selon Fanguin (2009), les fonctions du Moi sont de modifier, sélectionner, contrôler ou encore coordonner « les tendances du Ça » ainsi que rejeter ou modifier « celles qui sont en conflit avec la réalité extérieure » (pp.30-31).

Le Moi conscient a une importante capacité à s'adapter que ce soit à des comportements ou à des situations. Il a pour fonction de choisir entre réprimer, modifier ou mettre certains désirs ou certaines pulsions à exécution. Selon les situations, si elles sont à caractère traumatisant, elles peuvent engendrer des troubles psychiques chez une personne psychiquement saine de base car la personne n'est pas dans la capacité de gérer et d'y faire face (Fanguin, 2009, pp.30-31). Lorsque la « fonction d'intégration subit un échec », les mécanismes de défense entrent en jeu. Ces derniers se créent durant l'enfance de la personne.

Lors d'une situation traumatisante, le Moi tente de se défendre contre un stimulus et tente de garder un certain équilibre et tend vers l'adaptation, par le biais d'un mécanisme de défense. Ces derniers « servent ainsi, d'une part, à conserver à l'individu une certaine intégrité vis-à-vis des contenus qui ont été préalablement conscients mais qui menacent de rompre l'équilibre qu'il a trouvé » (Ratté, 2002, p. 69). Ils permettent également de contenir les émotions et ainsi d'éviter une angoisse.

Les mécanismes de défenses doivent être « adaptatifs » (Ratté, 2002, p.69). Ils s'avèrent être pathologiques lorsqu'ils deviennent rigides et chroniques ; ils risquent alors d'étouffer le Moi et, donc, de réduire « les possibilités de réponses nuancées dans les différentes situations de la vie » (Ratté, 2002, p.69). De plus, les mécanismes de défense pathologiques, dits caractériels, induisent un « rétrécissement de la conscience » (Ratté, 2002, p.69).

La dernière instance psychique est le Surmoi. Il représente la partie la plus consciente de l'appareil psychique. Il incarne également le « code social », il peut donc différer selon les cultures, les croyances, les religions. Il « s'incorpore progressivement à la personnalité pour [enfin] en devenir une partie » (Fanguin, 2009, pp.30-31).

Selon Ratté (2002), du moment où la personne ne rencontre aucun événement ou situation risquant de perturber l'équilibre intrapsychique qu'il s'est créé, il est « normal ». Fanguin fait la distinction entre le concept de normalité et de la non-normalité. La normalité psychique correspond à un équilibre intrapsychique et intersubjectif. La normalité psychologique étant une question d'équilibre, la balance peut, à tout moment, pencher vers un trouble psychique. En effet, les événements de la vie de tous les jours imprévisibles ou douloureux peuvent faire tendre l'équilibre psychique vers le pathologique, dû à une « accumulation d'insatisfactions et de contrariétés que l'on ne supporte plus » (Fanguin, 2009).

Être normal n'est pas une absence totale de problèmes ou de troubles, mais c'est « réussir à gérer ses contradictions (internes) et aussi ses conflits avec les autres, parvenir à compenser

ses insuffisances, faire face à celles des autres, pouvoir réaliser des compromis permettant de maintenir un équilibre psychique satisfaisant » (Fanguin, 2009).

Comme expliqué plus haut, la normalité comprend les caractéristiques singulières de chacun ; ne pas être comme les autres ne signifie pas ne pas être normal. En effet, il faut rester en congruence avec soi-même, « son histoire, [...] ses limites, [et] assum[er] sa différence dans le respect des autres (Fanguin, 2009, pp.37-54).

Cette explication nous permet d'arriver à la définition de la maladie mentale ; quels sont les prémices de ces pathologies avec ses souffrances et ses mécanismes de défense ?

La santé mentale, est définie par l'OMS citée par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) (2016) comme étant « le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ». De plus, selon l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2016), la santé mentale :

Englobe des aspects tels que le bien-être personnel, la joie de vivre, la confiance en soi, la capacité relationnelle, l'aptitude à surmonter les difficultés habituelles de l'existence et à fournir un travail productif, de même que la capacité de participer à la vie en société. Être en bonne santé psychique signifie également croire à sa propre valeur et savoir apprécier la valeur des autres (p.9).

Selon Fanguin (2009), chaque individu possède une personnalité à tendance névrotique, psychotique ou intermédiaire. Suivant le type de personnalité, chacune possède des traits dominants et déterminant « l'orientation des conduites, et en situation de décompensation psychique, prédisposent le sujet à certaines pathologies plutôt qu'à d'autres » (pp.30-31). Les personnalités névrotiques tendront vers des pathologies de types névroses :

Névrose obsessionnelle, phobique ou hystérique ; les personnalités à structure psychotique sont prédisposées à la psychose : schizophrénie ou psychose paranoïde ; entre les deux, les personnalités à organisation limite, moins stables, sont prédisposées à la dépression ainsi qu'[aux] [...] affections psychosomatiques, conduites addictives, etc. (Fanguin, 2019, pp.62-63).

Les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas dans un équilibre psychique adéquat pour pallier à leurs souffrances internes. Si l'équilibre de la « structure de base névrotique, psychotique ou état-limite » est bousculé, les comportements associés aux personnalités

décrites plus haut, deviennent « plus visible[s] » (Ratté, 2002, pp.78-79). Une situation de vie, un événement traumatisant ou encore un « contexte de travail difficile » peuvent tester l'équilibre psychologique de l'individu (pp.78-79). À contrario, ces mêmes événements peuvent trouver une issue favorable et « renforcer les aspects sains d'une personne » (pp.78-79).

La personnalité et le caractère se créent au fil du temps et les « modalités du fonctionnement psychique » acquises dans l'enfance en constituent leur base. Si ces dernières sont fragiles, elles ne se renforceront pas avec le temps mais pourront être « camouflées ». Selon Fanguin (2009), on ne peut changer fondamentalement sa structure mais on peut la consolider (pp.30-31). Les individus aux personnalités de type névrotique n'ont pas « d'insuffisance structurelle ». La personne « normale » a la capacité à gérer ses « conflits psychiques et relationnels » ainsi que « les contraintes imposées par son milieu de vie » (p.64). Dans ces personnalités, le Moi est l'instance psychique la plus élaborée tout en présentant des immaturités dans quelques-unes de ses fonctions. Elles manqueraient d'authenticité et d'autonomie. Elles sont en conflit intrapsychique et refoulent leurs pulsions, ce qui peut engendrer des difficultés à s'exprimer, penser ou encore agir (p.73).

Les personnalités de type psychotiques sont affectées dans leur développement psychique dès leur plus jeune enfance, lors de la phase d'intégration des limites physiques et psychiques. La relation à l'autre et à l'objet ainsi que le Moi est fragile. Le Surmoi reste également primitif.

Les personnalités de type intermédiaires varient selon leur proximité névrotique ou psychotique. Les individus avec ce type de personnalité sont en quête constante de réassurance et sont relativement sensibles aux aléas de la vie (Fanguin, 2009, pp.81-82).

Les pathologies psychiatriques énoncées ci-dessus engendrent, selon Olié (2009), des symptômes psychiatriques comportementaux, cognitifs, neurologiques et émotionnels. L'agitation ou l'inhibition sont des symptômes comportementaux. Les troubles de la mémoire, les idées ou croyances délirantes sont des symptômes cognitifs. Les symptômes neurologiques sont, eux, moteurs, sensitifs ou sensoriels (insensibilité à la douleur, hypoacousie, désorientation dans le temps et l'espace, etc.). L'angoisse, l'indifférence aux autres... sont des symptômes émotionnels (Olié, 2009, pp.17-23).

Les personnes atteintes de pathologie(s) psychiatrique(s) et qui manifestent ces différents symptômes décrits ci-dessus, ont besoin d'être contenues et entourées afin de faire face à leur souffrance interne. Celle-ci se définit par la contenance.

D'après la psychologue Françoise Decoopman (2010), la notion de fonction contenantante débute durant la vie fœtale même. En effet, dans l'utérus, le bébé baigne dans un milieu liquide où il est soutenu et en contact permanent avec le corps de la mère. À la naissance, le bébé perd ce contact instantanément et a donc besoin d'un substitut à l'utérus comme « support ». Ce changement de milieu est un choc tant physique que psychique et a donc un besoin vital d'être « porté et enveloppé ». Donald W. Winnicott (1992) affirme que « l'existence psychosomatique [...] ne peut être effective sans la présence d'un être humain qui participe activement au « holding » (maintien) et au « handling » (maniement) du bébé (p.31). Cependant, l'aspect de contact physique ne suffit pas. Le nourrisson a besoin d'un environnement relationnel sécurisant qui lui permettra une fonction contenantante. Cette fonction contenantante physique et émotionnelle est nécessaire et indispensable au développement sain de l'enfant, à la construction de sa personnalité (Decoopman, 2010, pp.143-144). De plus, l'enfant pourra se construire psychiquement et avoir une stabilité dans son soi intérieur si les trois instances psychiques (moi, ça et surmoi) sont développées de façon à ce qu'il puisse faire face à des événements potentiellement perturbateurs. Au contraire, « souffrir d'un trouble de contenance, c'est perdre les limites du Soi, perdre la cohérence des morceaux qui le constituent, perdre le sentiment d'identité et d'unité » (p.147).

Toute atteinte de l'enveloppe risque d'entraîner une confusion entre le monde interne et le monde externe mais aussi entre le monde psychique et le monde réel. Le sujet peut avoir l'impression de se vider progressivement ou brutalement et ne plus avoir de représentations. Inversement le monde externe peut déferler et envahir l'appareil psychique : dedans et dehors, objets et contenus psychiques deviennent équivalents. Une disparition des limites occasionne un état de chaos. Le sujet vit dans un monde sans signification, il éprouve une souffrance psychique souvent insupportable (p.146).

Les personnes atteintes de maladie psychiatrique ont un besoin de fonction contenantante importante. En effet, comme expliqué plus haut, le bébé a besoin d'une enveloppe (holding et handling) donc une fonction contenantante physique et psychique. Lors d'une arrivée en milieu carcéral ou en institution, le patient atteint d'une pathologie psychiatrique ressent des conflits inconscients qui sont, dans la majorité des cas, aigus et désordonnés. C'est à ce moment-là que l'institution peut prendre le rôle de fonction contenantante et de réceptacle des expressions et émotions du patient. Ces patients arrivent dans un état de crise et désorganisés psychiquement. L'institution fournit donc une « fonction d'accueil, de mise à l'abri et de contenance » (Billard & Costantino, 2011, p.55). Selon Sergent (2014), les milieux pénitentiaires peuvent fournir une fonction de contenance de par les « murs en béton » notamment. Selon l'auteur, les détenus ont besoin d'avoir un cadre rigide permettant de pouvoir « assister le Moi » (p.86).

En milieu pénitentiaire, les détenus ont droit à une fonction contenante psychique mais rarement à un contact physique. Comme le mentionne Fovet, Thomas & Amad (2015), le stress lié à l'enfermement (inactivité, condition de détention, isolement affectif, lien avec l'administration pénitentiaire, etc.) peut mener à la déclaration d'une maladie psychiatrique car ces patients auraient un « haut niveau » de fragilité due aux « traumatismes précoces » (p.728). De ce fait, ils ont un déficit relationnel affectif qui peut, avec le temps, déclencher des passages à l'acte.

L'ambivalence de la prise en charge par les infirmiers se traduit par une proximité nécessaire au soin mais qui les expose à un « risque potentiel de violence perpétré » par les patients incarcérés (Perron et al., 2015). Selon Fovet et al. (2015), la corrélation entre « pathologies psychiatriques et actes de délinquances (violents ou non) s'avèrent extrêmement complexes et multifactoriels » (p.727). Cependant, les auteurs ont identifié plusieurs facteurs de risque que l'on retrouve essentiellement chez les patients atteints de schizophrénie. Lors d'apparition de symptômes dits positifs, telle que les hallucinations ou les idées délirantes, les personnes sont plus à même de passer à l'acte. Il semblerait que les personnes ayant des symptômes négatifs de la maladie seraient moins présents dans les prisons que ceux qui manifestent des symptômes positifs. De plus, cette population de patient sollicite peu les soignants pour les soins ce qui favorise également le risque de passage à l'acte.

Les facteurs de risque de passage à l'acte de ses patients seraient « l'impulsivité et la comorbidité avec les troubles de la personnalité » (p.726-730). Schuwey-Hayoz & Needham (2006) explique qu'il existe plusieurs formes de passage à l'acte : l'agression verbale et/ou l'utilisation d'objets et/ou des parties du corps (mains, pieds) utilisés pour agresser autrui. Les facteurs favorisant le passage à l'acte sont « le refus d'une demande [...], [les] autres patients [...], lors d'aide aux soins d'hygiène [...], [lors de la] prise de traitements médicamenteux [...], la confusion ou la prise de toxiques » (p.111). Ces facteurs sont d'origines diverses étant donné que « les patients psychiatriques sont soumis à des éléments environnementaux qui interagissent avec leur personnalité et leur pathologie » (p.114).

Le passage à l'acte est défini comme étant un « ordre de décharge en direction d'autrui » (Raoult, 2006, p.9), c'est « la réalisation achevée [...], comme si l'énergie bloquée passait tout entière, dans l'acte [...] » (Ey, Bernard & Brisset, 1974, p.366 cité par Raoult, 2006, p.9). C'est un « acte impulsif en lien avec la dynamique relationnelle » (p.9). Le passage à l'acte repose sur une « rupture et [...] [une] dégradation de l'appareil psychique » (p.9). En effet, d'après Raoult (2006), il est identifié comme un « défaut structural » et correspond à un surplus

d'angoisse lors de recherche relationnelle absente (p.10), « un débordement pulsionnel » (p.12).

Raoult (2006) cite des auteurs définissant cette notion de passage à l'acte comme étant une alternative à un manque de mots ou comme permettant le démantèlement d'une situation désagréable (p.10). Le passage à l'acte a des origines multifactorielles :

Un état de tension, une poussée déclenchée par des signaux internes ou externes, un milieu dans lequel s'exerce un contrôle social, une évaluation cognitive de l'acte, un jugement moral, l'investissement de la relation à autrui, [...] une incapacité à tolérer la frustration, [...] une tendance à l'impulsivité, [ou encore] une non prise en compte de la réalité (p.10).

Il a été identifié plus haut dans ce travail, qu'une personne atteinte de pathologie psychiatrique possède un appareil psychique peu structuré dont une gestion des émotions quasi inexistante. Raoult (2006) met en évidence le fait qu'une alexithymie² est un facteur favorisant les passages à l'acte fréquents résultant d'une difficulté de mentalisation des émotions. Le passage à l'acte est, en fait, un mécanisme de défense primitif, car l'appareil psychique de la personne passant à l'acte ne parvient pas à brider l'impulsivité et accepter la frustration (p.11).

En milieu carcéral, les professionnels de santé font face à une prise en soin différente du milieu de soin habituel que l'on peut rencontrer à l'hôpital ou en cabinet (Rieder et al., 2010). Ils doivent adapter leur mission de soignant en prenant en compte le milieu pénitentiaire ainsi que la personne qu'ils soignent, tout en gardant à l'esprit leur code de déontologie, de l'éthique, de connaissances bien spécifiques ainsi que des droits médicaux qui sont primordiaux. De plus, ils ont des formations de bases et continues qui leur permettent de soigner de façon humaniste tout en gardant une équivalence dans les soins. Afin de mieux comprendre la prise en soin des professionnels en psychiatrie carcérale, il est nécessaire de définir ce qu'est le monde carcéral. Il s'agit d'un « établissement où sont détenues les personnes condamnées à une peine privative de liberté ou en instance de jugement » (Larousse, s.d).

Selon l'étude de Fovet et al. (2015), on comptabilise dix millions de personnes emprisonnées dans le monde. Parmi ces personnes, un grand nombre sont atteints de pathologies psychiatriques. Selon Horace & Vinette (2017), aux États-Unis, 64% des personnes

² « impossibilité de tolérer les affects et les informations significatives qui y sont liés, ce qui génère une incapacité à élaborer ce qu'il ressent » (Tardif, 1998, p.28 cité par Raoult, 2006, p.11)

incarcérées ont un diagnostic de maladie mentale, dont 10 à 15% souffriraient d'une maladie mentale sévère (p.218). Au sein de la population carcérale, « les pathologies psychiatriques apparaissent au premier plan » (Fovet et al., 2015, p.726). En regard d'un échantillon représentatif de la population, le risque de retrouver un tel diagnostic est de 3 à 12 fois plus élevé dans ce milieu. Afin de prendre en charge ces détenus, il existe ce que l'on appelle *la psychiatrie carcérale*. Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple de la prison de Champ-Dollon située dans le canton de Genève. Au sein de cette structure se trouve un bâtiment appelé « Curabilis », un endroit fermé sans accès à la société. Selon le site internet du Canton de Genève (2017), la mission de ce lieu est :

De détenir des personnes majeures privées de liberté en application du droit pénal et, pour l'unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire, également en application du droit administratif ou civil, afin qu'ils reçoivent des traitements et des soins psychiatriques, en plus d'une prise en charge pénitentiaire.

Il s'agit donc d'un « hôpital carcéral ». Ces unités de psychiatrie carcérale diffèrent des unités psychiatriques courantes car elles ont la particularité de l'enfermement. Afin d'accéder à ce type d'institution, les individus doivent par ailleurs adhérer à leur programme thérapeutique :

Les journées sont structurées de 8h à 22h, 7 jours sur 7, et proposent une alternance d'activités en groupe et individuelles selon les besoins du détenu-patient. Un travail sur le délit commis est effectué et les objectifs de réinsertion restent au cœur de la prise en charge. L'objectif de cette prise en charge est de soigner le détenu non seulement en vue d'une évolution favorable de sa santé mentale mais surtout afin de réduire le risque pour la collectivité (République et canton de Genève, 2018).

Dans ce programme, le personnel médico-social collabore étroitement avec le personnel pénitentiaire. La principale mission des professionnels travaillant en milieu carcéral dans le Canton de Genève est « d'offrir des soins de qualité aux personnes détenues dans les prisons » (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], 2017).

Selon les HUG, plusieurs principes fondamentaux régissent un milieu pénitentiaire tels que :

- L'accès aux soins et cela au même titre que s'il avait été dans un hôpital ;
- Le patient a le droit à son consentement ;
- Les professionnels sont tenus à la prévention sanitaire ainsi qu'à la vulnérabilité des patients ;

- Les décisions prises par le corps soignant sont basées sur les mêmes principes que pour un hôpital et ils doivent avoir des connaissances spécifiques du monde pénitencier.

En tant que professionnels, le milieu pénitentiaire est un endroit stressant avec un règlement très strict. Malgré cela, ils se doivent de donner une qualité des soins identique à celle des milieux hospitaliers « traditionnels ». Cependant, en milieu pénitentiaire, les professionnels sont soumis à une prise en soin particulière avec des détenus aux antécédents divers. D'après Perron et al. (2015), ces patients psycho-légaux représentent un risque accru de violence (p.52). Le psychologue français Serge Marchal (2005) souligne le fait qu' « un trouble de la personnalité, la présence ou non d'une affection psychiatrique, l'exposition à un stress important ou l'absence de support social constituent des facteurs susceptibles de générer des comportements agressifs » (p.11). Ce qui signifie que les professionnels ont plus de risque d'être confrontés à de la violence, ce qui génère un stress augmenté dans leur pratique professionnelle ne leur permettant pas toujours d'apporter une contenance psychique adéquate et une prise en soin optimale. Les antécédents de violence ainsi que les antécédents judiciaires, telles que les personnes ayant été déjà internées dans un hôpital de psychiatrie carcérale, potentialiseraient la fréquence de ces épisodes violents. Nous ne pouvons donc pas nier l'impact du contexte pénitentiaire et de la violence sur la qualité de la prise en soin de ces patients. Ceci nous amène à notre question de recherche suivante :

En quoi la relation de confiance que l'infirmier peut instaurer dans la prise en soin de patients en psychiatrie carcérale peut-elle diminuer les risques de passage à l'acte violent envers le personnel soignant ?

2. MODÈLE THÉORIQUE

2.1. Modèle théorique

Selon Pepin, Kérouac, & Ducharme (2017) « les infirmières se sont efforcées de préciser leur domaine d'investigation et de pratique ainsi que leur contribution à la santé des personnes et des populations ». Elles ont voulu décrire avec précision leurs activités liées à la santé peu importe leur milieu de pratique (p.3).

Dans la pratique, la profession d'infirmier regroupe la clinique, la gestion, la formation et la recherche. En effet, la profession en tant que telle est décrite par le Larousse (S.d) comme étant : « Une activité rémunérée et régulière exercée pour gagner sa vie : Métier de caractère intellectuel, artistique, etc., qui donne une position sociale plus ou moins prestigieuse. Ensemble des personnes exerçant un même métier ». La discipline infirmière (Larousse, S.d) est la :

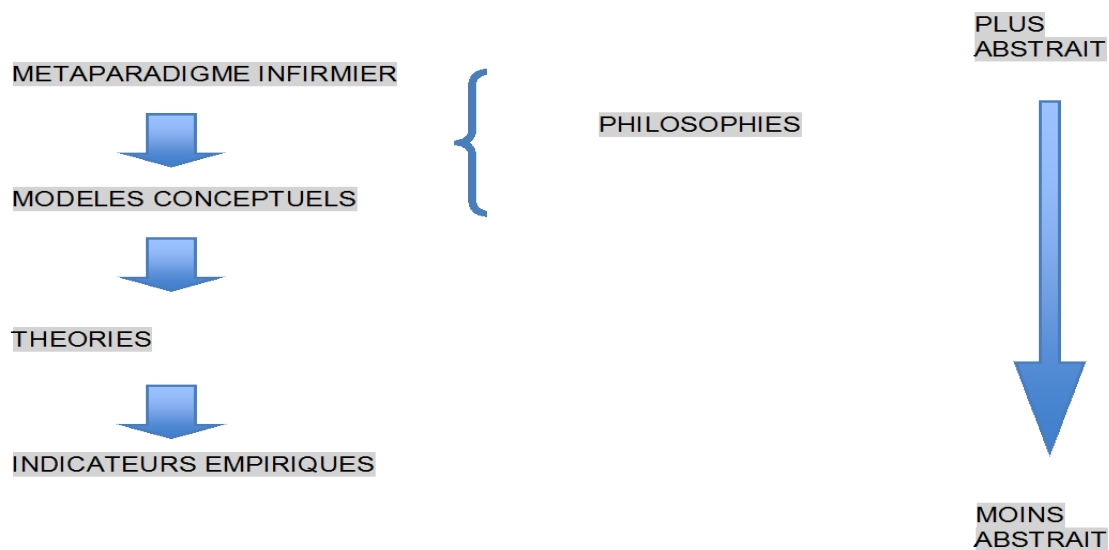
Branche de la connaissance pouvant donner matière à un enseignement. Ensemble de lois, d'obligations qui régissent une collectivité et destinées à y faire régner l'ordre. Aptitude de quelqu'un à obéir à ces règles, obéissance, soumission aux règles que s'est données le groupe auquel on appartient. Règle de conduite que l'on s'impose, maîtrise de soi, sens du devoir.

La discipline infirmière englobe la profession ainsi que les sciences infirmières. On peut se demander la différence entre les deux, qu'est-elle vraiment ? Ces dernières décennies, la discipline infirmière s'est développée grâce à des théoriciennes qui ont créé des théories et des modèles conceptuels permettant de soutenir les connaissances et savoirs de la profession. Ces derniers permettent de guider la pratique professionnelle en y apportant une plus-value (Pepin et al., 2017, p.4). Parmi ces nombreux concepts et théories, des auteurs, telle que Fawcett (1978, 1984), ont remarqué que les méta-concepts « personnes, environnement, santé et soin » revenaient de manière systématique indépendamment des théoriciens (Pepin et al., 2010, p.5). Selon Pepin et al. (2010), la manière dont les infirmiers prennent en compte ces quatre métaconcepts, de manière interreliée, dans un contexte de prise en soin « clarifie le domaine de la discipline infirmière » (p.5).

Les travaux des différentes théoriciennes ont été classés selon Fawcett dans : la « hiérarchie des connaissances » selon leur niveau d'abstraction. Les méta-paradigmes se situent au sommet de la hiérarchie. Dans cette hiérarchie des connaissances, les concepts ont été liés à

plusieurs théories. Ces théories ont été décrites par des théoriciennes qui ont chacune un point de vue et une façon d'entrer en relation de manière différente. Chacune d'elle définit les méta-concepts afin de les amener à créer des modèles conceptuels pour la finalisation de leurs théories.

Ces travaux font partie de différents paradigmes. Thomas Kuhn (1970) cité par Debout (2008) définit « la notion de paradigme comme la vision du monde communément admise par les membres d'une communauté scientifique. Un paradigme, une fois adopté par une communauté scientifique, va guider les activités au sein de cette discipline » (p.76). Selon les auteurs ci-dessous, les paradigmes sont classifiés dans différentes catégories.



Tiré de Favre, 2016, communication personnelle [Notes de cours]

Les trois principaux paradigmes sont : La catégorisation, l'intégration et la transformation.

Selon Kérouac (1994) cité par Debout (2008), le paradigme de la catégorisation est un modèle biomédical, linéaire et causal. En d'autres termes, ce paradigme va simplement tenter de « rechercher les causes de maladies afin de les éliminer » (p.93).

Le paradigme de l'intégration, quant à lui, intègre à son modèle l'être humain. Ce paradigme possède donc des dimensions bio-psycho-sociales.

Le paradigme de la transformation, le plus récent, est « influencé par le courant existentialiste [et] voit [...] la personne comme un être unique et singulier porteur de ressources et capable de choix qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé ».

Dans ces différents paradigmes, se trouvent une multitude d'écoles de pensées. Le paradigme de la catégorisation a influencé celui de l'intégration qui, à son tour, a influencé celui de la transformation. Dans le paradigme de l'intégration, on retrouve l'école des besoins, l'interaction et les effets souhaités. Dans celui de la transformation, se trouvent l'apprentissage de la santé, les patterns et le caring (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2017, p.54). Dans chacune de ses écoles de pensées, chaque théoricienne a créé sa propre théorie de prise en soin infirmière.

Lorsque nous avons étudié ces théories nous sommes arrivées à la conclusion que la théoricienne Hildegard Peplau serait la plus appropriée à notre thème de la violence en psychiatrie. En effet, Peplau a beaucoup étudié le domaine de la psychiatrie afin de créer une théorie « idéale » à la prise en soin de patients atteints de pathologies psychiatriques. L'école de pensée dans laquelle elle se situe est : l'école de l'interaction. Le métaparadigme du soin est le plus important dans cette école de pensée. Il y est décrit comme étant « un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et un infirmier capable de lui offrir cette aide, grâce son engagement thérapeutique dans le soin » (p. 58).

Dans cette théorie, la relation de soin établie entre l'infirmier et le patient est significative dans le bon déroulement du soin et dans le développement du patient. Cette relation est définie par Fawcett (2013) comme transpersonnelle. La qualité de cette relation transpersonnelle dépend de plusieurs facteurs. Avant tout, l'infirmier se doit d'avoir des connaissances sur la pathologie psychiatrique de son patient, dans le cadre de notre problématique. Il doit également s'appuyer sur la théorie et inclure dans cette relation ses valeurs et qui il est en tant que personne afin de créer une relation thérapeutique. Comme nous avons pu le voir dans l'article de recherche de Perron et al. (2015), dans le contexte de notre problématique de psychiatrie carcérale, la relation de confiance et thérapeutique est primordiale, compte tenu des circonstances de soin particulières. Dans la relation infirmier-patient selon Peplau, ces derniers identifient en partenariat les besoins d'aide du patient et ils développent ensemble les possibilités de résolutions des problèmes rencontrés.

Selon Fawcett (2013), la théorie de Peplau est très axée sur l'observation et l'interprétation des comportements et des ressentis de ses patients. Cela peut être très utile dans le cas d'une prise en soin dans le contexte de notre problématique, car il permettrait de désamorcer les signes précurseurs de la violence.

2.2. Ancrage disciplinaire : la théorie de Hildegarde Peplau

2.2.1. Assomptions

Les assomptions de la théorie de soin d'Hildegarde Peplau étant les plus pertinentes pour notre sujet sont les suivantes :

1. Les personnes agissent en fonction de leur interprétation du climat qui se dégage de la relation (Peplau, 1952, pp.283-284 cité par Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), traduction libre, p.383). En d'autres termes, nous sommes sans arrêt en train d'interpréter ce qui se passe où se dit.
2. En fonction de qui est l'infirmier en tant que personne, elle va jouer un rôle dans l'expérience de maladie du patient (Peplau, 1952, p.xii cité par Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), traduction libre, p.383).
3. La relation soignant-soigné dépend de la posture de l'infirmier, des concepts théoriques qu'elle utilise et de ses connaissances et compétences personnelles et professionnelles (Peplau, 1997, p.167 cité par Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), traduction libre, p.383). Dans le cadre de notre problématique, la relation est primordiale et impacte autant le soignant que le patient.
4. Ce qui arrive aux gens peut être expliqué, compris et modifié (Peplau, 1992, p.14 cité par Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), traduction libre, p.383).

2.2.2. Méta-concepts

Le concept de soins infirmiers en tant que science a émergé dans les années 1950. Les années 1980 ont été une période de développement majeur dans les théories infirmières. En effet, c'est à cette période que les quatre métaconcepts (personne, soin, santé/maladie, environnement) sont apparus dans le but de créer une structure dans les théories de soins (p.4).

2.2.2.1. La personne

Peplau définit la personne comme un être bio-psycho-socio-spirituel qui est en développement permanent. Elle cherche constamment un équilibre (Pépin et al., 2010). La personne a des besoins et a la « capacité de transformer son anxiété en énergie positive » (p.57). Elle a des ressources personnelles qui lui permettent de surmonter les obstacles qui sont, selon Peplau, une source de développement. La personne se développe également dans ses interactions avec les autres et avec son environnement.

Dans notre travail, les patients atteints de pathologies psychiatriques et incarcérés constituent notre population cible. Au travers de la relation thérapeutique, l'infirmier répond aux besoins de la personne et l'aide à rétablir un équilibre malgré le contexte d'enfermement.

2.2.2.2. Le soin

D'après Pépin et al. (2010), le soin, chez Peplau, est un espace relationnel. La manière d'agir, d'interagir et d'être de l'infirmier avec le patient est le pilier de la relation de soin. Le soin est thérapeutique et éducatif, il contribue au développement de la personne.

Dans le cadre de notre problématique, c'est le métaconcept le plus important. En effet, selon Peplau, la relation entre un soignant et un soigné est au centre du soin. L'infirmier doit prendre en considération l'ensemble des trois autres métaconcepts et cibler, avec le patient, les besoins les plus importants pour lui, et travailler en collaboration avec le patient. C'est le moment où l'infirmier est la « pièce maîtresse » du patient.

Afin d'amener le patient à une guérison psychologique, l'infirmier doit être prête à créer un lien de confiance avec le patient. Cependant, lorsqu'il y a violence envers les infirmiers, ce lien peut s'affaiblir en entravant le bon fonctionnement de la relation soignant-soigné. C'est un des éléments dont nous allons parler dans la suite de notre travail.

2.2.2.3. La santé

D'après Pépin et al. (2010), Peplau perçoit la maladie comme une expérience humaine qui permet à la personne de se développer et d'y trouver du sens.

Dans le contexte d'un patient incarcéré atteint d'une maladie psychiatrique, la relation soignant-soigné a son importance. En effet, l'infirmier, au travers de son rôle de soignant, peut aider le patient à mettre du sens à ce qu'il vit et ressent.

2.2.2.4. L'environnement

Selon Fawcett & DeSanto-Madeya (2013), Peplau ne définit pas complètement l'environnement. Cependant, elle promeut l'intégration de la culture de la personne dans les soins en affirmant que cette dernière fait partie intégrante de la personnalité d'une personne. Il est donc important pour un infirmier de prendre en compte la culture du patient ainsi que la sienne dans son travail.

Selon Peplau, la personne « possède » des « personnes significatives » avec lesquelles elle interagit. Ces dernières font également partie intégrante de son environnement.

En psychiatrie carcérale, l'environnement peut jouer un rôle sur la majoration de la violence (cf. page 15: bruits, solitude, etc.). Effectivement, quand un patient subit une modification dans son bien-être biopsychosocial et spirituel et que, de plus, il se retrouve dans un milieu carcéral, cela peut engendrer un changement encore plus important et le diriger vers de la violence. Il est donc important de prendre en compte l'environnement lorsque l'on prend en soin un patient.

2.2.3. Les 4 phases de Hildegarde Peplau

Selon Pépin et al., la relation thérapeutique chez Peplau comprend 4 phases : « l'orientation, la détermination, l'exploitation et la résolution » (Peplau, 1997).

La phase d'orientation → Selon Peplau (1952) cité par Fawcett (2005, traduction libre, p.534) le patient participe à la phase d'orientation en posant des questions, en essayant de formuler ses besoins afin de se sentir en sécurité ainsi qu'en observant comment les professionnels lui répondent.

L'infirmier participe à la phase d'orientation en aidant le patient à reconnaître et connaître ses problèmes de santé. Il montre également au patient quels sont les services que l'on peut lui offrir dans la planification de ses soins. Les infirmiers aident le patient à exploiter l'énergie d'anxiété.

Dans cette phase, le patient commence à apprendre le nom des infirmiers, quelle est leur fonction, le temps de disponibilité qu'ils ont pour lui et quelle est leur approche. L'infirmier commence à connaître le patient en tant que personne et quelles sont ses attentes vis-à-vis des soins.

C'est dans cette phase que l'infirmier évalue le potentiel du patient, ses besoins ainsi que la manière dont le patient expérimente la peur et l'anxiété. Le rôle principal de l'infirmier dans la phase d'orientation est celui d'étranger. Le patient est également un étranger à ce moment-là de la prise en soin. Peplau entend par « étranger » le fait que les personnes ne se connaissent pas. Le patient peut également prendre le rôle « de nourrisson » et ainsi l'infirmier prend le rôle de « mère inconditionnelle » (Peplau, 1997 cité par Fawcett, 2002, traduction libre, pp.534-535). La phase d'orientation permet d'éclaircir la situation de santé du patient et mène à la phase de détermination.

La phase de détermination → C'est le moment où la personne soignée se positionne en fonction de son besoin d'aide, elle permet à l'infirmier de prendre une place dans la relation d'interdépendance, de dépendance ou d'indépendance. L'infirmier est présent, il prend en considération l'histoire de vie et y met de la compréhension (Pépin et al., 2010, p. 58).

La phase d'exploitation → C'est l'étape durant laquelle la personne soignée utilise tous les atouts de la relation créée avec l'infirmier ainsi que les services mis à disposition pour satisfaire ses besoins. Dans cette phase, l'infirmier a le rôle de personne ressource, de consultant, et encourage la personne à utiliser au maximum les moyens mis à sa portée. Ceci permet à la personne d'atteindre la phase finale, la phase de résolution (Pépin et al., p. 58).

La phase d'exploitation prend en compte les réactions du patient face à la maladie, le travail qu'effectue le patient afin de se connaître lui-même ainsi son état de santé. Dans cette phase, l'infirmier a plusieurs rôles : celui d'assurer les soins physiques, celui d'interviewer, de professeur de santé et de conseiller. Durant cette phase, le patient et l'infirmier apprennent à se connaître et à se respecter mutuellement comme des personnes qui ont des opinions et des manières de réagir qui peuvent être différentes faces aux situations.

Peplau (1952) cité par Fawcett (2002, traduction libre, p. 535) souligne le fait que la relation entre le patient et l'infirmier peut progresser au travers de 3 modes qui vont permettre d'atteindre les objectifs. Le premier mode est la participation et l'interdépendance dans la relation avec l'infirmier. Le second concerne la base de l'indépendance et de l'isolement de l'infirmier. Le dernier mode est celui de l'impuissance de la dépendance à l'égard de l'infirmier. En effet, l'infirmier doit jongler entre le fait que le patient soit dépendant de lui lors de la phase sévère de la maladie et le fait de veiller à ce qu'il garde son indépendance afin de poursuivre son rétablissement.

Au travers de cette phase, l'infirmier aide le patient à résoudre ses problèmes de santé. Les rôles qu'adopte l'infirmier passe de celui de mère inconditionnelle à celui de conseiller,

personne ressource, leader et substitut parental (Peplau, 1997 cité par Fawcett, 2002, traduction libre, p. 535).

La phase de résolution → Durant cette dernière étape, le processus interpersonnel entre l'infirmier et la personne peut se terminer ou bien reprendre un nouveau processus relationnel. Cette étape permet à la personne de planifier l'application des ressources de la communauté afin de prévenir les futurs besoins d'aide et de contenter les besoins directs (Pépin et al., 2010, p. 58).

La tâche principale de cette phase est d'aider le patient à avancer dans sa vie (passer de l'hôpital au retour à la communauté par exemple). Le patient et l'infirmier participe tous les deux à cette phase et adoptent chacun le rôle de personne adulte. Peplau (1997) cité par Fawcett, 2002, explique que l'infirmier doit être conscient des rôles qu'il adopte tout au long de la prise en soin (traduction libre, p.536).

2.2.4. **Les différents rôles**

En plus de ces différentes phases, Peplau développe plusieurs rôles que l'infirmier est censé incarner dans sa pratique :

- Le rôle de l'étrangère : Il est essentiellement incarné dans la première phase d'orientation expliquée plus haut. L'infirmier doit partir à la découverte de son patient avec respect et un intérêt positif (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).
- Le rôle de la personne ressource : Durant la prise en soin de leurs patients, les infirmiers sont une source d'informations spécifiques de ces derniers. Ils permettent une meilleure compréhension de la situation des patients en apportant des réponses suivant les capacités fonctionnelle et psychologique du patient (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).
- Le rôle de conseillère / d'éducatrice : L'infirmier se doit d'orienter ses patients dans le « processus de santé-maladie ». Elle doit déterminer les savoirs et niveau d'intérêt du patient à développer sa compréhension de sa situation (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).

- Le rôle de leader : L'infirmier engage ses patients comme acteurs de leur situation de santé-maladie (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).
- Le rôle de substitut : Durant ses prises en soin, les infirmiers peuvent être relativement souvent considérés comme substitut à un proche du patient. Lorsque l'infirmier incarne ce rôle, il est encouragé à l'utiliser pour aider le patient à faire face à leur situation en accord avec leurs sentiments et émotions (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).
- Le rôle de conseiller : L'infirmier observe et écoute ses patients de manière à les aider à développer une compréhension totale d'eux-mêmes, de leurs sentiments / émotions et leurs actions (Peterson & Bredow, 2017, traduction libre, p.152).

3. MÉTHODE

3.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de répondre à notre question de recherche « *En quoi la relation de confiance que l'infirmier peut instaurer dans la prise en soin de patients en psychiatrie carcérale peut diminuer les risques de passage à l'acte violents envers le personnel soignant ?* », nous avons effectué nos recherches d'articles dans plusieurs bases de données : Pubmed, Cinahl, LISSA et Google Scholar. Afin de guider nos recherches, nous avons établi un PICOT (voir tableau 1 ci-dessous). Ce PICOT nous a permis d'avoir des mots-clefs spécifiques afin d'établir nos équations de recherches (voir ci-dessous).

Finalement, les articles que nous avons jugé pertinents ont tous été trouvés dans le moteur de recherche Pubmed. Ces articles que nous avons sélectionnés sont basés sur des données probantes. Nos recherches d'articles ont été faites entre septembre 2017 et mai 2018. Afin de faciliter nos recherches, nous avons établis des critères d'inclusions tels que : articles publiés il y a 5 ans maximum et population adulte ; et des critères d'exclusion telle que : les articles non disponibles gratuitement, le titre des articles.

Au vu du nombre conséquent d'articles que nous avons trouvé, nous avons effectué un premier tri en fonction du titre puis en fonction du résumé pour les articles que nous avons présélectionné. Au total, grâce à l'utilisation des mots clefs du PICOT et des différentes équations de recherche effectué, 258 articles ont été trouvés. Parmi ces articles, 233 ont été exclus. 25 articles ont été lu afin d'identifier s'ils étaient cohérents pour l'analyse. Parmi ceux-ci, nous en avons retenu 9.

3.2. Tableau 1. PICOT

PICOT	Mots-clés	MeSH Terms
-------	-----------	------------

Population	Personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique	Mental health; health patient; psychiatric patient; mentally ill persons; psychiatric units
Intervention	Interventions et posture infirmière	Nurse ; interpersonals relations ; restraint; mental health nurse
Comparison / Context	Milieu carcéral (Context)	Prison ; prisoners
Outcome	Diminuer le risque de violence envers autrui	Violence ; nurse assaulted; aggression; aggressiveness; impact on nurse
Time	/	/

3.3. Titres des articles sélectionnés

1. Baby, M. & Glue, P. & Carlyle, D. (2014). Violence is not Part of Our Job : A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses, Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35. 647-655. Doi : 10.3109/01612840.2014.892552

2. Camuccio, C., Chambers, M. , Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients : the thoughts and feelings experiences by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 807-815. Doi : 10.1111/j.1365-2850.2011.01857.x

3. Jacob, J.-D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctionnal Health Care*, 20(1), 45-58. Doi : 10.1177/1078345813505444

4. Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing : A Qualitative Analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), 386-392. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574714/>

5. Mistler, L.A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M.F. & Friedman, M.J. (2017). Mobile mindfulness intervention on an acute psychiatric unit : Feasibility and acceptability study. *JMIR Mental Health*, 4(3), 1-10. doi:10.2196/mental.7717

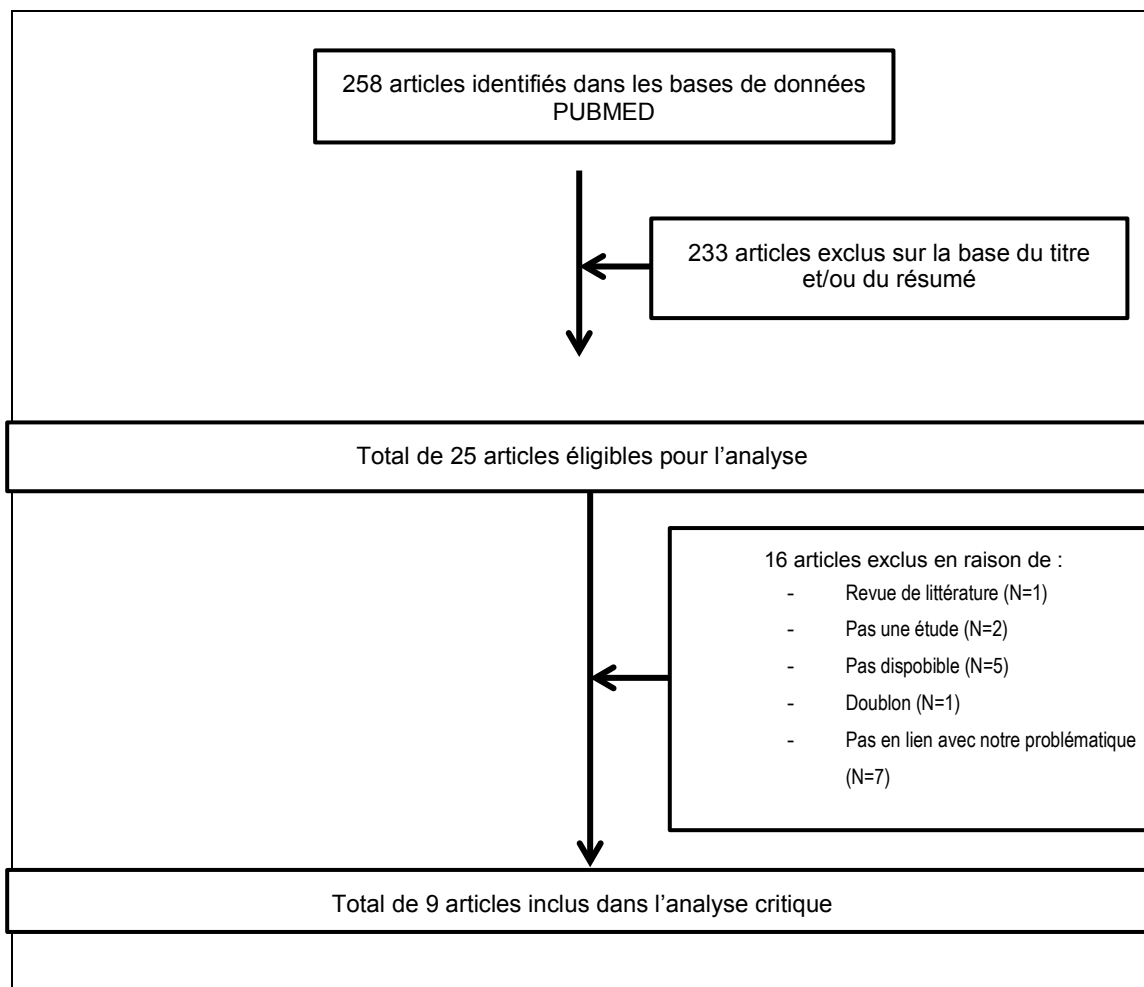
6. Perron, A., Jacob, J.-D., Beauvais, L., Corbeil, D. & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 1(120), 47-60. doi : 10.3917/rsi.120.0047

7. Pillai, K., Rouse, P., McKenna, B., Skipworth, J., Cavney, J., Tapsell, R., Simpson, A. & Madell, D. (2016). From positive screen to engagement in treatment : a preliminary study of the impact of a new model of care for prisoners with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 1-7. Doi : 10.1186/s12888-016-0711-2

8. Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L. & LeGris, J. (2015). Registered nurses experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units : an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*. 14-35. DOI 10.1186/s12912-015-0079-5

9. Oates, J., Drey, N. & Jones, J. (2017). Your experiences were your tools : How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 471-479. Doi : 10.1111/jpm.12376

3.4. Tableau 2 : Diagramme de flux



3.5. Tableau 3. Équation de recherche utilisée pour la recherche d'articles

Base de données et dates	Équation de recherche	Filtres	Résultats
PUBMED, mai 2018	(prisoner mental health) AND Nurse	Humans & 5 years	29 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=26) - Éligible pour l'analyse (N=3)
	((patient violence) AND aggression) AND psychiatry) AND nurse	Humans & 5 years	23 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=17) - Éligible pour l'analyse (N=6)
	((mental health) AND nurse) AND restraint	Humains & 5 years	37 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=34) - Éligible pour l'analyse (N=3)
	((prison) AND nurse) AND interpersonal relations	5 years	16 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=13) - Éligible pour l'analyse (N= 3)
	((nurse) AND mentally ill persons) AND interpersonnal relations	5 years	12 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=9) - Éligible pour l'analyse (N=3)
	((patient violence) AND psychiatric units) AND nurse	5 years	29 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=25) - Éligible pour l'analyse (N=4)

	((mobile phone) AND mindfulness) AND psychiatry	Pas de filtres	6 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=5) - Éligible pour l'analyse (N=1)
	((mental health) AND nursing) AND aggressiveness)	Pas de filtre	18 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=17) - Éligible pour l'analyse (N=1)
	(psychiatric mental health nurses) AND violence	5 years	88 articles dont 1 retenu - Éliminé selon le titre (N=87) - Éligible pour l'analyse (N=1)

4. RÉSULTATS

Lors de nos recherches d'articles, nous avons retenu 9 articles que nous avons trouvé pertinents pour répondre à notre question de recherche. Les principaux thèmes des articles sélectionnés sont les suivants :

- Le dépistage d'une maladie mentale chez les nouveaux détenus
- La contention chez les patients violents atteints d'une pathologie psychiatrique
- Le vécu des infirmiers dans la prise en soins des patients violents atteints d'une pathologie psychiatrique
- Les conceptions de la violence des infirmiers travaillant en psychiatrie et des patients, les facteurs déclencheurs et contributifs à cette violence et les stratégies de prévention et de gestion de cette dernière
- La distance professionnelle en milieu pénitentiaire et les difficultés de cet environnement
- L'instauration d'une application mobile de pleine conscience (Mindfulness) chez les patients psychiatriques.

Ces différents thèmes permettent d'avoir une vue d'ensemble sur l'impact qu'à la violence tant sur les patients que sur les soignants. Les études sélectionnées ont été effectuées dans différents pays tels que la Nouvelle-Zélande, le Canada, les États-Unis, l'Italie ou encore au Pays de Galle ; cela nous permet d'avoir une vision cosmopolite de l'impact que peut avoir la violence.

Parmi ces articles, six sont des études qualitatives descriptives (Camuccio, Chambers, Välimäki, Farro & Zanotti, 2012 ; Pillai, Rouse, McKenna, Skipworth, Cavney, Tapsell, Simpson & Madell, 2016 ; Ling, Cleverley & Perivolaris, 2015 ; Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris, 2015 ; Mistler, Ben-Zeev, Carpenter-Song, Brunette & Friedman, 2017; Baby, Glue & Carlyle, 2014) et deux sont des études qualitatives descriptives et exploratoires (Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil & Bérubé, 2015; Jacob, 2014). Enfin, un article est une étude séquentielle de méthodes mixtes (Oates, Drey & Jones, 2017).

4.1. Analyse critique des articles retenus

Au vu de la diversité des thèmes des articles sélectionnés, nous avons regroupé les principaux résultats de ces études dans des sous-thèmes. Ces derniers sont décrits ci-dessous.

4.1.1. ***Conséquences de la violence sur les infirmiers par des patients atteints d'une pathologie psychiatrique***

D'après Stevenson, Jack, O'Mara & LeGris (2015), la grande majorité des épisodes de violence recensés sont ceux qui ont causé des blessures physiques. Les violences qui n'ont pas eu de répercussions sur la victime ou la violence dite verbale étaient souvent « banalisées ». La notion de déresponsabilisation des actes violents de la part des patients psychiatriques revient plusieurs fois. Certains infirmiers participants considèrent la violence des patients comme involontaire et légitimée comme faisant part de leur maladie ce qui diminuait le niveau de menace perçu (Stevenson, 2015 & Camuccio, Chambers Välimäki, Farro & Zanotti, 2012, traduction libre, p.3). La violence est évaluée par de nombreux infirmiers, notamment en unités psychiatriques, comme étant normale et faisant partie du métier (Perron et al., 2015, p.51 ; Baby, Glue & Carlyle, 2014, traduction libre, p.649).

Pour commencer, lors de nos lectures, nous avons constaté qu'il existe plusieurs **conséquences personnelles et psychologiques** chez les infirmiers victimes de violence dans leur pratique professionnelle. Selon Camuccio et al. (2012), la prise en soin des patients psychiatriques peut être une expérience émotionnelle intense pour les infirmiers de ces unités (traduction libre, p.5).

Les émotions perçues par les infirmiers, lors d'événements violents, sont le choc, la peur, la colère, rester « figé » ou ne rien ressentir du tout (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.5) ainsi que la peur de soi, l'anxiété, la frustration, la vulnérabilité, la rancune et la détresse (Baby et al., 2014, traduction libre, p.650).

Lors de violence verbale, les participants ont décrit ressentir de la colère et de l'anxiété, se sentant personnellement visé par les propos des patients (traduction libre, p.5). Les infirmiers participants à l'étude de Camuccio et al. (2012) ont tous éprouvé de la peur à un moment donné dans leur pratique professionnelle (traduction libre, p.5). Stevenson et al. (2015) recensent que suite à un événement violent, les infirmiers auraient une qualité d'hygiène de vie diminuée avec une prise d'alcool, de tabac et de substances augmentée ou encore une mauvaise hygiène alimentaire (traduction libre, p.6). D'autre part, certains infirmiers ont confié,

sur le long terme, avoir souffert de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ³, de peur, d'anxiété, de sentiment de culpabilité (traduction libre, p.2).

En plus des conséquences personnelles et psychologiques que la violence peut avoir sur les infirmiers, les articles analysés recensent également les conséquences de la violence sur la relation soignant-soigné que nous avons regroupé en tant que **conséquences professionnelles**.

La relation soignant-soigné se retrouve, dans la plupart des situations, impactée par la violence. Les infirmiers ont décrit une baisse de confiance face à l'agresseur et ont avoué prendre de la distance par rapport à ce dernier (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.6). La souffrance émotionnelle que peuvent ressentir les infirmiers, qui est causée par le comportement agressif d'un patient, amènent ces derniers à se retirer émotionnellement de la relation avec le patient et à le dépersonnaliser. Ce retrait, induisant la perte de la relation, peut générer des comportements agressifs et violents de la part du patient.

Certains infirmiers disent avoir peur de nuire à la relation thérapeutique. Ils disent essayer de comprendre les raisons des comportements agressifs d'un patient et sont empathiques face à leur souffrance. Le sentiment de rage, de peur et de tristesse sont importants et affectent la relation thérapeutique et influencent la prise en charge clinique (Camuccio et al., 2012, traduction libre, pp.1-2 ; Jacob, 2014). Lorsque l'empathie n'est pas présente, les infirmiers ont des sentiments contradictoires de contre-agressivité.

Cette distance relationnelle influence les capacités des infirmiers à répondre aux signaux de détresse ou d'agitation des patients et a donc affecté leur capacité à prévenir la violence (Stevenson et al., traduction libre, p.6). À la suite d'incidents de violence avec un patient, les infirmiers relatent avoir effectué un changement dans leur comportement en étant plus susceptibles de recourir à des médicaments et d'autres mesures coercitives comme moyen de contenir la violence. Ils étaient également moins nombreux à avoir recours à l'approche relationnelle comme moyen d'éviter cette dernière, de par la perte de confiance en l'autre (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.7). La perte de la relation thérapeutique et la communication entre les patients et les infirmiers sont indiquées par Moran et al. (2009) et Bonner et al. (2002) cités par Camuccio et al. (2012) comme l'une des raisons de la contention et de l'isolement.

³ Le SSPT « définit les troubles pouvant survenir chez une personne exposée directement ou indirectement à un traumatisme » (Le trouble de stress post-traumatique, 2018).

De plus, après avoir été victimes d'agressions, les infirmiers ont avoué avoir fait preuve d'hypervigilance tant au travail qu'en dehors (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.6). Certains participants ont décrit la difficulté à se concentrer sur leurs tâches professionnelles quotidiennes et avoir eu la pensée peu claire après les incidents. Les infirmiers participants ont dit avoir des stratégies d'adaptation insuffisantes et inefficaces, un épuisement professionnel et souffrir de burnout (traduction libre, p.10).

4.1.2. Facteurs favorisant les actes de violence chez le patient psychiatrique

Stevenson et al. (2015) classent les facteurs prédisposant à la violence selon s'ils sont propres aux patients, au personnel infirmier ou même à l'unité de soin. Les facteurs de risque violents des patients récurrents sont les pathologies psychiatriques, l'abus de substance et les antécédents de violence (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.8 ; Perron et al., 2015, p.52).

En premier lieu, Camuccio et al. (2015) mentionne des facteurs appartenant au personnel infirmier qui peut favoriser la violence chez les patients.

Premièrement, les infirmiers participants à son étude expriment ne pas savoir comment prendre en soin des patients toxicomanes, alcooliques ou ayant des troubles organiques car ceux-ci ne sont pas considérés comme des patients « psychiatriques » en Italie (pays de l'étude). Les infirmiers disent ne pas avoir les compétences relationnelles suffisantes pour prendre en soin ces patients de manière adaptée à leur situation.

Deuxièmement, la corpulence des patients peut faire peur au personnel soignant.

Troisièmement, le fait de prendre en soin des patients qu'ils ne connaissent pas engendre de la peur car les infirmiers ne peuvent pas prédire leurs réactions (traduction libre, pp.3-4). Comme le souligne Jacob (2014), les infirmiers peuvent percevoir leurs patients comme dangereux, manipulateurs et menteurs, et par conséquent, craignent d'être vaincus, utilisés et maltraités par les patients. La disponibilité du personnel infirmier, l'espace physique limité ou restreint et la disponibilité des activités pour les patients peuvent déclencher ou non des épisodes violents (Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.8).

Dans un deuxième temps, il y a les facteurs propres à l'unité de soin (par exemple, ceux relatifs au milieu hospitalier ou carcéral). Selon Ling, Cleverly & Perivolaris (2015), l'environnement hospitalier est soumis à des règles (traduction libre, p.3). Interdire « la liberté » pour sécuriser les patients est un défi majeur pour les professionnels de santé travaillant en psychiatrie (traduction libre, p.6). Il a été reporté que le cadre institutionnel était un déclencheur de plusieurs éléments chez les patients : colère, perte d'autonomie, tension avec le personnel ou les résidents et besoins insatisfaits. Partager sa chambre avec d'autres résidents peut être également source de conflits. Certains patients rapportent que les professionnels ne sont pas intervenus à temps pour désamorcer ce conflit (traduction libre, p.3).

Pour terminer, il y a tous les facteurs favorisant la violence qui appartiennent aux vécus des patients. Comme dit précédemment, Ling et al. (2015) mentionne que le conflit avec le personnel est étroitement lié à la perte de l'autonomie qui apparaît lorsque les besoins ou désirs des patients ne sont pas en accord avec le protocole hospitalier. Les patients expliquent que les règles institutionnelles tel que le fait de ne pas pouvoir sortir du bâtiment n'était pas en corrélation avec leurs besoins. Ils expriment ne pas se sentir entendu par le personnel soignant par rapport à cela (traduction libre, p.4). Face à cela, les soignants ont été amené à utiliser la contention ce qui, pour la majorité des patients de l'étude, aurait été inutiles et punitives. Les patients relatent les faits comme étant un cercle vicieux puisque la contention les amènent à ressentir davantage de colère, de peur ou de rejet (traduction libre, p.3). De plus, l'événement suscite des sentiments négatifs qui ont des répercussions sur la relation soignant-soigné car les patients disent avoir perdu la confiance dans le personnel soignant. « Les patients hospitalisés indiquent que la contention peut effectivement perturber la relation thérapeutique » (Ling et al., 2015, traduction libre, p.6).

De plus, à la suite de la contention, certains patients décrivent avoir un besoin de liberté physique dans le cadre du rétablissement post-contention. Ils mentionnent avoir le besoin de prendre l'air, d'effectuer une activité ou de retourner au sein de la population (Ling et al., 2015, traduction libre, p.4).

4.1.3. Les stratégies de prise en soin des patients psychiatriques violents

Dans les différents articles que nous avons lus, nous avons constaté que les auteurs soulignent plusieurs pistes pour diminuer la prévalence de la violence. Parmi ses stratégies, nous avons relevé plusieurs catégories telles que : la cohésion d'équipe, l'importance de la relation thérapeutique, les outils annexes (contention, dépistage et mindfulness explicités ci-dessous).

Premièrement, une meilleure collaboration d'équipe, des relations plus étroites entre les unités et les équipes de santé mentale communautaire permettraient de prévenir la violence (Camuccio et al., 2012, traduction libre, p.7). Selon les infirmiers, **l'équipe** aide à contenir l'agression du patient. Elle aide l'infirmier à rester équilibré sur le plan émotionnel, à éviter les réactions impulsives et leur permet d'avoir des interventions équilibrées et réfléchies (Camuccio et al., 2012, traduction libre, p.6). L'énergie émotionnelle et l'anxiété au sein de l'équipe peuvent agir comme catalyseur de l'anxiété et de l'agressivité du patient. Le problème selon l'équipe est plutôt la réticence à exprimer la peur ce qui va entraîner un sentiment de méfiance au sein de l'équipe (Camuccio et al., 2012, traduction libre, p.3). Certains professionnels expriment leur peur alors que d'autres non. L'équipe soignante est responsable des soins et des traitements des patients. Les émotions appartiennent à l'équipe dans l'ensemble. Les émotions d'un membre de l'équipe peuvent influencer toute l'équipe ainsi que sa dynamique interne et externe (Camuccio et al., 2012, traduction libre, p.2).

Le sentiment de peur que peuvent ressentir les infirmiers quand ils prennent en soin des patients psychiatriques est influencé par plusieurs éléments : le travail en équipe, les connaissances antérieures du patient, la confiance entre collègues, les sentiments partagés avec ceux-ci ainsi que la conscience en soi (Camuccio et al., 2012, traduction libre, p.7). De plus, selon Baby et al. (2014), le soutien de la direction, la supervision clinique et le débriefing sur le stress qu'a provoqué les incidents ont des influences positives (traduction libre, p. 650 ; Stevenson et al., 2015, traduction libre, p.8).

L'importance de la communication au sein de l'équipe est relevée par Camuccio et al. (2012). Cette communication est également importante entre soignant et soigné ce qui nous amène à une deuxième stratégie : la **relation thérapeutique**.

La relation thérapeutique entre le patient et le soignant est primordiale car elle permettrait de reconnaître les « signes annonciateurs » de la violence. La relation thérapeutique consiste à s'engager dans la relation avec authenticité dans le but de créer une confiance mutuelle avec le patient. Le soignant se doit de verbaliser à son patient s'il ressent de la peur par rapport à ce dernier afin que le patient puisse rectifier ses comportements verbaux et non-verbaux. La

verbalisation de la part du patient est également primordiale, elle peut s'effectuer dans un contexte d'approche calme et engagée du soignant. La nécessité d'instaurer des limites dans cette relation soignant-soigné est tout de même nécessaire (Perron et al., 2015, p.54 ; Jacob, 2014). Selon Roberts (2005) et Lakeman (2004) cité par Camuccio et al. (2012), la qualité de la relation thérapeutique est plus efficace que le choix précis des stratégies d'intervention (traduction libre, p.5).

Selon Ling et al. (2015), dans le cadre d'une contention, le debriefing post-contention a toute son importance. Les auteurs soulignent l'importance de débriefer par rapport à l'événement, ce qui permet de maintenir le lien de confiance. « Les résultats de l'étude soulignent l'importance d'une communication régulière et individualisée entre les patients hospitalisés et les cliniciens avant que le comportement des patients hospitalisés ne s'intensifie » (Ling et al., 2015, traduction libre, p.390 ; Perron et al., 2015, p.55). La discussion serait, là également, une des solutions permettant de tempérer les émotions des patients. Il permet d'avoir une meilleure compréhension chez chacune des parties (traduction libre, p.6).

La relation avec le personnel soignant joue donc un rôle central dans la prise en soin. Les patients sont dépendants des soignants dans ce genre d'établissement : « La confiance des patients hospitalisés doit être établie et maintenue grâce à une communication cohérente et collaborative » (Ling et al., 2015, traduction libre, p.5). Les patients mentionnent que la contention aurait pu être évité si les professionnels avaient été plus attentifs.

Lors de la lecture d'un article sélectionné (Oates et al., 2017), un autre élément pouvant « diminuer » les risques de passages à l'acte est le suivant : les infirmiers ont constaté que l'expérience personnelle éclairait la pratique des soins infirmiers en santé mentale de plusieurs façons. Par exemple, avoir eu l'expérience personnelle d'une maladie mentale permet de renforcer la compréhension et l'empathie des infirmiers travaillant en psychiatrie (traduction libre, p. 478).

Troisièmement, une des stratégies employées par certains professionnels est l'utilisation de la contention. Comme mentionné dans le thème précédent (facteurs favorisant les actes de violence chez le patient psychiatrique), l'épisode de contention des patients cités plus haut était une expérience décrite comme négatives. Cependant, un petit nombre des patients de l'étude n'ont pas vécu l'expérience de contention de cette manière : certains ne se sont pas senti affecté. D'autres spécifient que l'expérience a été négative mais cela ne les a pas impactés par la suite. Certains patients mentionnent que la raison de leur violence était en

relation directe avec leur maladie. D'autres se sont sentis en sécurité grâce à la contention (Ling et al., 2015, traduction libre, p.4).

Une autre mesure de contention est la médication qui est une stratégie non négligeable dans le désamorçage de comportements violents, notamment dans des unités de psychiatrie. La contention chimique est, dans un premier lieu, au bénéfice du patient, car un patient en état de crise est un patient qui souffre (Perron et al., 2015, p.56).

Quatrièmement, Pillai et al. (2016) ont utilisé, dans leur étude, un outil de dépistage de maladie psychiatrique dès l'entrée en prison. L'article met donc en lumière l'importance de la détection d'une pathologie psychiatrique précoce car certains détenus n'ont pas reçu de réel diagnostic à leur entrée dans le but de recevoir un traitement adapté. Grâce à ce diagnostic, le détenu sera pris en charge par les soignants pour une évaluation, une thérapie médicamenteuse mais également un suivi au sein de la prison, ou en dehors au moment de la libération du prisonnier (traduction libre, p.1). La mise en place d'un outil de dépistage de pathologie psychiatrique dès l'arrivée de nouveaux détenus dans les établissements pénitentiaires permet de ne pas passer à côté de patients qui nécessitent une prise en soins spécialisée.

Les résultats de l'étude montrent une augmentation significative du nombre de nouveaux prisonniers détectés pour une évaluation psychiatrique et un traitement adapté par les équipes de santé mentale dès leur arrivée. On constate une « amélioration modeste » de la prise en soins des détenus souffrant de pathologie psychiatrique après la mise en application de l'outil (dépistage, évaluation secondaire par l'infirmier et suivi). Les infirmiers spécialisés en santé mentale étaient « beaucoup plus impliqués dans l'évaluation de triage dans les prisons après l'introduction du modèle de soins » (traduction libre, p.5).

Pour terminer, Mistler, Ben-Zeev, Carpenter-Song, Brunette & Friedman (2017) ont mené une étude, dont le but était de tester l'utilité et la faisabilité d'une application mobile de méditation par mindfulness (pleine conscience) (Headspace) pour réduire les risques d'agression chez les patients atteints essentiellement de schizophrénie, troubles schizo-affectifs, troubles bipolaires et ayant des antécédents de violence envers autrui, dans un hôpital psychiatrique aux États-Unis.

De nombreux points positifs sont ressortis de cette étude. Les participants ont décrit avoir une meilleure capacité à se concentrer ou encore d'être plus conscient de leurs symptômes et pensées intrusives (traduction libre, p.4). Les techniques de respiration proposées par l'application mobile ont aidé les patients à avoir un meilleur contrôle de la colère, à réduire leur anxiété et améliorer l'humeur.

D'après Mistler et al. (2017), les périodes d'inactivités et l'ennui ont tendance à augmenter les agressions et la violence, cette étude renforce donc que l'application permettait de remplir les journées des participants et donc réduire l'ennui et par conséquent la violence. Les auteurs mettent en avant le fait d'utiliser des compétences et interventions alternatives plutôt qu'utiliser les médicaments pour traiter l'anxiété, l'insomnie, l'agressivité et l'humeur car cela est plus sûr et a tendance à mener à des meilleurs résultats sur le long terme (traduction libre, p.6). Ce genre d'activité telle que l'application Headspace permettrait également d'encourager l'autonomisation dans la gestion des symptômes et dans la participation de la santé des patients psychiatriques.

4.1.4. *Difficultés de la prise en soins en milieu carcéral*

Dans ce thème, nous parlons des difficultés liées à la prise en soins dans un milieu carcéral (distance professionnelle) ce qui renvoie aux valeurs personnelles de chacun. Comme le souligne Perron et al. (2015), le contexte et l'environnement influence de manière significative la prévalence de comportements agressifs (p.53). D'après Jacob (2014), les infirmiers font face à plusieurs difficultés inhérentes à l'environnement sécurisé.

L'imposition d'une distance (à la fois physique et psychologique) entre le personnel infirmier et les détenus à des fins de sécurité est l'une des principales difficultés rencontrées en milieu correctionnel. Les aspects de la communication des soins psychiatriques exigent de se rapprocher plutôt que de rester à distance des patients. Les données appuient le fait qu'il est extrêmement difficile d'établir une relation thérapeutique entre infirmiers et détenus psychiatrique puisque les termes de l'organisation renforcent l'établissement d'une séparation.

En milieu carcéral, les infirmiers disent avoir perçu un écart entre les valeurs des établissements correctionnels et leurs propres normes professionnelles, ce qui a produit une forme d'éloignement avec leurs conceptions originales de leurs rôles d'infirmiers. Jacob (2014) appelle cela la « dissonance cognitive ». Elle se produit lorsque des personnes reçoivent des informations contradictoires ou lorsqu'elles sont invitées à effectuer certaines tâches qui sont en conflits avec leurs croyances ou leur système de valeurs (Jacob, 2014, traduction libre, p. 650). Face à cela, les infirmiers ont dû adapter leurs prises en soins et mettre en place des stratégies afin de maintenir une interaction transparente et sans ambiguïté au sein de la relation thérapeutique. Les infirmiers ont tenté de reconstruire leurs soins. Les soins prennent diverses formes, comme le fait de se pencher sur les règles de l'établissement correctionnel

pour diminuer leur autorité, plaisanter avec les patients, jouer aux cartes ou simplement leur allouer du temps. La reconstruction des soins fait référence à la façon dont les infirmiers trouvent d'autres moyens de créer une alliance avec les patients (Jacob, 2014, traduction libre, pp. 49- 54).

5. TABLEAU COMPARATIF

5.1. Tableau 4. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux : ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°1	✓ Pillai, K., Rouse, P., McKenna, B., Skipworth, J., Cavney, J., Tapsell, R., Simpson, A. & Madell, D. ✓ 2016 ✓ Nouvelle Zélande, au sein de 4 prisons	✓ Prisonniers de 4 prisons ayant été nouvellement admis lors de l'année qui ont suivi le début de l'étude (N= 19421) ✓ <u>Type d'étude</u> : étude qualitative descriptive ✓ <u>But de l'étude</u> : montrer l'impact que peut avoir le dépistage, l'évaluation et l'orientation des prisonniers ayant une maladie psychiatrique dans leur prise en charge.	✓ Dépistage lors de l'arrivée en prison quant à une maladie psychiatrique nécessitant d'être pris en charge au sein de la prison ✓ Le dépistage a été effectué en plusieurs étapes : dépistage d'entrée, infirmière spécialisée en santé mentale qui effectue une seconde évaluation des patients préalablement dépistés, suivi.	✓ Le nombre de détenus ayant une maladie mentale a augmenté : l'outil mis en place montre une amélioration dans la prise en charge de ces patients. ✓ « Amélioration modeste » des résultats après la mise en pratique de l'outil. ✓ Les infirmières spécialisées en santé mentale étaient beaucoup plus impliquées dans l'évaluation de triage dans les prisons après l'introduction du modèle de soins. ✓ Meilleure définition des rôles des différents professionnels	/	/

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°2	✓ Ling, S., Cleverley, K., Perivolaris, A. ✓ 2015 ✓ Toronto, Ontario	✓ Les patients atteints d'une pathologie psychiatrique et qui ont été contentonné lors de leur hospitalisation ✓ <u>Type d'étude</u> : Étude qualitative ✓ <u>But de l'étude</u> : comprendre les expériences de contention des patients atteints de pathologie psychiatrique (avant, pendant et après la contention)	✓ <u>Méthode</u> : au moyen d'un formulaire fournit dans les 48 heures post-contention et qui ont été effectuée soit oralement avec un soignant qui a retranscrit le contenu dans le formulaire soit par écrit par le patient lui-même (entre septembre 2009 et février 2013) ✓ Dans le questionnaire figure des questions sur les antécédents de contention, sur comment elle aurait pu être évitée afin qu'elle ne se reproduise pas.	✓ Le formulaire a été distribué à 90 patients, 55 ont été rempli, 35 n'ont pas été effectués. ✓ Les patients rapportent que selon eux, une communication aurait pu éviter l'épisode de contention, certains ne comprennent pas ce qui a amené le soignant à des mesures de contention ✓ La contention est décrite comme une expérience négative par certains patients. Cela a engendré des sentiments négatifs avec des répercussions sur la relation soignant-soigné ✓ Pour d'autres patients, la contention leur a permis de se sentir en sécurité car celle-ci les a empêchés de s'approcher des personnes. ✓ Les auteurs soulignent l'importance de débriefer après un épisode de contention, ce qui permet de maintenir la relation de confiance	✓ Les auteurs n'ont pas de retour des patients quant aux bienfaits que pourrait avoir le débriefing post-contention et si cela leur a apporté une plus-value ✓ Dans le débriefing, nous n'avons pas d'informations relatives au type de contention utilisé (isolement, contention physique ou médicamenteuse => suivant la forme de contention, l'expérience vécue n'est pas la même) ✓ La manière dont le débriefing s'est déroulé lors de la présence du soignant n'est pas documentée. ✓ Biais également pour les patients qui ont rempli le formulaire seul ou qui n'étaient pas francophone.	/

	✓ ✓ ✓ Auteurs- Année Lieu+ pays	✓ ✓ ✓ Population Type d'étude But de l'étude (avec verbe)	✓ ✓ Méthode/ Instruments de mesure Intervention	✓ ✓ Résultats principaux: Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°3	✓ Camuccio, A., Chambers, M., Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. ✓ 2012 ✓ Italie	✓ 33 infirmières de 7 services différents de psychiatrie, en Italie ✓ <u>Type d'étude</u> : Étude qualitative descriptive ✓ <u>But de l'étude</u> : examiner les pensées et les sentiments vécus par les infirmières italiennes lorsqu'elles soignent des patients agressifs dans un contexte de psychiatrie aigue.	✓ Collecte de données dans les 7 unités de soins psy aigue en Italie ✓ 4 discussion de groupe avril et mai 2007. La taille varie de 8 à 10. Chaque groupe est enregistré (durée moyenne de 2 heures). Le contenu est retranscrit par écrit.	✓ Les résultats mettent en évidence que la peur est le sentiment prédominant éprouvé par les infirmières dans la gestion des patients en détresse : peur que le patient leur fasse du mal, peur de faire mal au patient ✓ Le facteur d'imprévisibilité renforce le sentiment de peur. Pour les patients qui étaient déjà connu, cela induit moins de peur ✓ Les patients ayant un double diagnostic est une source d'inquiétude aussi pour les infirmières car elles sont dépourvues de compétences relationnelles personnel nécessaire à la gestion d'une crise ✓ Les infirmières disent essayer de comprendre les raisons des comportements agressifs d'un patient et sont empathique face à leur souffrance ✓ Lorsque l'empathie n'est pas présente, les infirmières ont des sentiments contradictoires de contre-agressivité ✓ Conclusion de l'article est d'augmenter la disponibilité de l'éducation liée à la gestion des patients, en particulier le travail d'équipe et les relations internes.	✓ Une seule région d'Italie avec un petit échantillon ce qui ne permet pas la généralisation à d'autres partie d'Italie ou au-delà ✓ Méthodologie de groupe peut présenter des limitations liées à l'autocensure et à l'adaptation aux règles de groupes.	/

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°4	✓ Maria Baby, Paul Glue and Dave Carlyle ✓ 2014 ✓ Nouvelle- Zélande	✓ Les 14 participants comprenaient à la fois des milieux communautaires et des patients hospitalisés et leurs postes étaient soit en tant que personnel clinique ou dans des rôles de gestion. ✓ Revue de littérature, étude qualitative. L'analyse thématique comme un processus de codage de l'information qualitative où le chercheur développe des codes, des mots ou des phrases qui servent d'étiquettes pour des sections de données. ✓ Le but de l'étude était d'explorer et de décrire les expériences des infirmières en santé mentale, par rapport aux agressions des patients.	✓ Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées qui ont été enregistrées sur bande sonore et transcrites textuellement. Ils ont duré en moyenne 30 à 40 minutes. ✓ Les entrevues ont été identifiées à l'aide de trois étapes du développement de Boyatzis (1998). Le processus analytique a consisté à regrouper des sous-thèmes connexes pour développer des thèmes. Le processus analytique a fait émerger trois thèmes avec 24 sous-thèmes, chaque sous-thème a été attribué à un thème principal.	✓ Thème 1 : Nature des agressions La nature des agressions et de la violence était liée directement ou indirectement à de nombreux facteurs, tels que : traits de personnalité, l'expertise professionnelle, les rôles cliniques, les facteurs statiques et dynamiques. ✓ Thème 2 : Impact des agressions La violence au travail en santé mentale est un problème important qui a des répercussions sur les différentes facettes de la vie. Elle peut avoir un impact sur la vie affective des individus et les conséquences comprennent : la peur de soi, l'anxiété, la frustration, la vulnérabilité, la rancune, la détresse et la colère. Ce qui amène, au long terme, à un changement personnel et professionnel. Thème 3 : Stratégies de soutien L'importance de soutenir les infirmières agressées dans tous les aspects de la vie vers le rétablissement. Le soutien par les pairs est la stratégie la plus courante car elle a une grande disponibilité et une proximité facile d'accès. Le soutien de la direction étant meilleure que les années précédentes pourraient apporter encore plus de soutien, selon les participants. La supervision clinique et le débriefing, sur le stress des incidents ont des influences positive en termes de soutien et a été renforcé. ✓ Cette étude a permis d'explorer les expériences des infirmières en matière d'agression perpétrée par les patients et a proposée des solutions potentielles au problème. Les infirmières ont tout intérêt à lutter contre la violence au travail et être les partenaires engagées dans la campagne contre la violence au travail, si l'on veut réduire la violence et ses conséquences.	C'était une petite étude qualitative, qui a regroupé 14 participants. L'intention n'était pas de faire une étude généralisable. Tous les participants travaillent dans le secteur des services de santé mentale.	Il aurait été intéressant de connaître les expériences et les points de vue des infirmières qui ont quitté la profession à cause de la violence, afin d'obtenir une image complète de l'intensité du problème. → Selon l'article.

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°5	✓ J. Oates, N. Drey & J.Jones ✓ 2017 ✓ Londres, UK	✓ 27 infirmières en santé mentale ayant une expérience professionnelle en santé mentale. ✓ Etude séquentielle de méthodes mixtes. ✓ Le but d'étude est d'explorer l'étendue et l'influence de l'expérience personnelle de santé mentale des professionnels en santé mentale sur la pratique clinique.	✓ Les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude séquentielle mixte sur le bien-être subjectif et la santé mentale au Royaume-Uni. La première phase était une enquête en ligne auprès de 237 membres du MHN de deux associations professionnelles nationales. Dans la deuxième phase de l'étude, un échantillon délibéré de 27 RSM (Royal Society of Medicine) ayant rapporté à la fois un bien-être subjectif élevé et une expérience personnelle de maladie mentale ont participé à des entretiens semi-structurés entre juillet 2013 et février 2014. Ils ont été transcrits et analysés entre février 2014 et septembre 2015.	✓ Nous avons constaté que l'expérience personnelle éclairait la pratique des soins infirmiers en santé mentale de nombreuses façons. L'expérience personnelle de la maladie mentale chez les RSM crée de la compréhension et de l'empathie pour les utilisateurs des services de santé mentale et, dans certaines circonstances, elle est perçue comme conférant de la crédibilité aux RSM lorsqu'ils s'adressent à ceux qui en ont la charge. ✓ La notion d'expérience de mauvaise santé mentale informant les contacts thérapeutiques au sein de la pratique des soins infirmiers en santé mentale devrait être contextualisée dans le contexte plus large du personnel infirmier se servant de lui-même et de son expérience dans son travail. Une conceptualisation révisée des professionnels de la santé mentale ayant des problèmes de santé mentale est nécessaire, dans laquelle l'expérience de la maladie mentale est contextualisée par les autres influences personnelles sur la pratique de travail des professionnels et par les situations et relations où l'expérience personnelle est ouverte. - fermé.	L'étude est limitée par l'accent mis sur les participants MHN du Royaume-Uni. La mesure dans laquelle les points de vue des participants peuvent refléter ceux des infirmières sans expérience de la santé mentale n'a pas été évaluée et pourrait seulement être trouvée par une étude plus approfondie.	Cette étude est pertinente pour la pratique, le recrutement et la formation en soins infirmiers en santé mentale car elle identifie les façons dont l'expertise des infirmières par expérience des problèmes de santé mentale informe leur pratique, de façon manifeste et subtile. Reconnaître l'impact de l'expérience personnelle sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale est essentiel à la collaboration axée sur le rétablissement et la collaboration avec les utilisateurs de services. Cette étude devrait mener au débat au sein de la profession sur la divulgation, l'ouverture et l'utilisation de soi dans le travail infirmier en santé mentale.

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Comme ntaires/ Recom mandat ions
N°6	✓ Jean Daniel Jacob ✓ 2014 ✓ Ontario, Canada	✓ 25 entretiens semi-structurés d'infirmières, qui ont duré 60 minutes chacun. ✓ Etude qualitative, qui incorpore des attributs exploratifs et descriptifs. La participation était volontaire, les entretiens ont été menés dans des cabinets privés et les participants ont reçu un code alphanumérique qui empêchait toute forme d'identification dans la diffusion des résultats. ✓ Le but de l'étude était d'examiner les tensions qui existent entre les soins et la garde en milieu correctionnel en présentant les possibilités de la pratique en soins infirmiers psychiatriques dans ce milieu.	✓ L'analyse a été guidée par des données empiriques obtenues à partir d'une recherche qualitative menée dans un milieu correctionnel. Des entretiens semi-structurés ont été menés et utilisés comme principale source de données pour l'analyse. ✓ L'article explore les caractéristiques contextuelles de la pratique infirmière psychiatrique en milieu correctionnel, décrit les effets aliénants le contexte sur la pratique infirmière en milieu correctionnel, théorise l'expérience des infirmières en utilisant la théorie de Festinger sur la dissonance cognitive et, pour finir, l'article examine comment les infirmières s'engagent dans la reconstruction de leurs soins pour contrer les effets du travail en milieu correctionnel.	✓ Thème 1 : Environnements correctionnels et aliénation professionnelle Les infirmières font face à plusieurs difficultés inhérentes à l'environnement sécurisé. L'imposition d'une distance (à la fois physique et psychologique) entre le personnel infirmier et les détenus à des fins de sécurité est l'une des principales difficultés rencontrées en milieu correctionnel. Les aspects « pastoraux » et dialogiques des soins psychiatriques exigent de se rapprocher plutôt que de rester à distance des patients. Les données appuient le fait qu'il est extrêmement difficile d'établir une relation thérapeutique entre infirmière et détenus psychiatrique puisque les termes de l'organisation renforcent l'établissement d'une séparation. ✓ Thème 2 : Effet de la dissonance cognitive. Les participants de la recherche, ont perçu un écart entre les valeurs des établissements correctionnels et leurs propres normes professionnelles, ce qui a produit une forme d'éloignement avec leurs conceptions originales de leurs rôles d'infirmières. La dissonance cognitive se produit lorsque des personnes reçoivent des informations contradictoires ou lorsqu'elles sont invitées à effectuer certaines tâches qui sont en conflit avec leurs croyances ou leur système de valeurs. ✓ Thème 3 : Effets dynamiques de la méfiance En explorant la relation thérapeutique, la congruence et l'authenticité de la part des infirmières, semblent tous souligner l'importance d'une interaction transparente et sans ambiguïté. L'authenticité d'une relation est relative car les interactions entre l'infirmière et le patient sont influencées par des limites personnelles et professionnelles. Les infirmières peuvent concevoir leurs patients comme dangereux, manipulateurs et menteurs, et par conséquent, craignent d'être vaincus, utilisés et maltraités par les patients. ✓ Pour réduire la dissonance cognitive, les infirmières ont tenté de reconstruire leurs soins. Les soins prenaient diverses formes, selon l'infirmière, comme le fait de se pencher sur des règles pour diminuer leur autorité, plaisanter avec les patients, jouer aux cartes ou simplement allouer du temps aux patients. La reconstruction des soins fait référence à la façon dont les infirmières trouvent d'autres moyens de créer une alliance avec les patients.	Le processus d'entrevue peut avoir créé des limites car il a exclu de la collecte de données les infirmières qui ne se sentaient pas confiantes en ce qui concerne les questions de confidentialité. Les participants potentiels ont pu voir le processus d'entrevue et son manque d'anonymat comme une menace professionnelle, considérant les interviews comme étant plutôt une enquête individuelle. (Biais de désir social). De plus, les résultats ont été influencés par les valeurs du chercheur, ses expériences cliniques et ses influences théoriques.	Les résultats de cette recherche peuvent servir d'outil pour problématiser les pratiques actuelles plutôt que d'offrir une recette prescriptive sur les modes de fonctionnement clinique.

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°7	✓ Perron, A., Jacob, J.-D., Beauvais, L. & Bérubé D ✓ 2015 ✓ Québec : Canada	✓ Personnel infirmier travaillant dans une unité d'urgence psychiatrie au Québec et patients de l'unité psychiatrique ✓ 10 patients (5 hommes et 5 femmes) et 13 infirmiers (10 femmes et 3 hommes) ✓ Type d'étude : Recherche qualitative exploratoire et descriptive ✓ But de l'étude : montrer l'impact que peut avoir le dépistage, l'évaluation et l'orientation des prisonniers ayant une maladie psychiatrique dans leur prise en charge.	✓ Entretiens semi-directifs ✓ Analyse thématique suivant les trois premières étapes proposées par Paillé (codification, catégorisation et mise en relation)	✓ Les conceptions de la violence, les facteurs déclencheurs et contributifs et les stratégies de prévention et de gestion de la violence	Propos propres aux personnes interrogées dans un contexte spécifique. La généralisation des résultats n'est pas recherchée	Consolider une approche préventive sur l'unité dans le but de réduire l'incidence d'épisodes violents Privilégier les interventions relationnelles plutôt que médicamenteuse. Instaurer un outil complémentaire à la grille Oméga pour évaluer et gérer les comportements agressifs (ex : p.58). Répartir les patients selon leur niveau d'acuité pour répondre à leur besoin de manière plus adaptée

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: Si devis expérimental résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°8	✓ Mistler, LA., Ben- Zeev, D., Carpenter- Song, E., Brunette, MF & Friedman MJ ✓ 2017 ✓ Etats-Unis	✓ Population Patients entre 18 et 65 ans souffrants de pathologies psychiatriques et hospitalisés en psychiatrie, et ayant des antécédents de violence ✓ Type d'étude Étude qualitative descriptive ✓ But de l'étude Examiner la faisabilité, l'utilité et l'acceptabilité d'une application mobile de méditation de mindfulness (pleine conscience) dans le but de réduire la colère et les agressions chez les patients hospitalisés avec des diagnostics psychiatriques (schizophrénie, troubles schizo-affectif, troubles bipolaires et antécédents de violence).	✓ Entretiens semi-directifs	✓ Meilleure qualité de sommeil ✓ Réduction de l'anxiété et de l'ennui (et donc du risque de violence) ✓ Meilleure auto-gestion de ses émotions et maladies	Échantillon petit	Encourager l'utilisation de méthodes alternatives plutôt que la médication pour résoudre les troubles de sommeil, d'anxiété, de colère, de violence.

	✓ Auteurs- ✓ Année ✓ Lieu+ pays	✓ Population ✓ Type d'étude ✓ But de l'étude (avec verbe)	✓ Méthode/ Instruments de mesure ✓ Intervention	✓ Résultats principaux: ✓ Si devis expérimental ✓ résultats par « outcome »	Limites	Commentaires/ Recommandations
N°9	✓ Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L. & LeGris, J. ✓ 2015 ✓ Canada	✓ Population Les infirmières qui travaillent en psychiatrie pour les soins de courte durée et qui connaissent un taux élevé de violence de la part des patients ✓ Type d'étude Étude qualitative descriptive qui comprend 17 entrevues semi-structurées ; un échantillon ciblé de 12 infirmières canadiennes qui ont déclaré avoir subi de la violence de cette population de patients ✓ But de l'étude (tourné autour de trois questions) : 1. Comment les infirmières décrivent-elles leurs expériences de la violence des patients dans les hôpitaux psychiatriques de soins de courte durée? 2. Comment les infirmières décrivent-elles les résultats professionnels et personnels de leur exposition à la violence et de leurs expériences? 3. Quelles stratégies les infirmières décrivent-elles comme influençant les pratiques actuelles de la violence des patients?	✓ Collecte de données recueillies sur une période de neuf mois en 2013 au moyen d'entrevues individuelles (par téléphone ou en face-à-face) et semi-structurées animées par l'auteur principal qui possède une expertise clinique en santé mentale ✓ Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio et transcrites textuellement par l'auteur principal	✓ Les infirmières avaient un conflit de rôles entre le devoir de soigner et le devoir de soi lorsqu'ils prodiguent des soins (à la suite d'un comportement violence) ✓ Les infirmières ont approuvé le besoin d'améliorer l'éducation, de faire un compte rendu à la suite d'un incident et d'offrir un milieu de travail positif pour mieux prévenir la violence chez les patients. ✓ Les infirmières ont perçu que l'exposition à la violence verbale ou physique avait un effet sur leurs activités professionnelles et personnelles. Les infirmières ont précisé que les séquelles émotionnelles et physiques découlant de leur exposition à la violence ont affecté la capacité des infirmières à exercer leur profession infirmière.	✓ La difficulté de recruter en raison de la nature délicate et controversée du sujet d'étude et donc d'un échantillon de 12 personnes ✓ Il y a aussi une question de savoir si les infirmières les plus gravement touchées par la violence sont saisies dans l'échantillon puisqu'il est possible qu'elles aient quitté le travail, l'organisation ou le domaine	

6. DISCUSSION

Suite à l'analyse descriptive des articles retenus que nous avons effectuée, nous allons maintenant amorcer une discussion entre ce que cette dernière met en évidence, notre cadre théorique et notre question de recherche :

En quoi la relation de confiance que l'infirmier peut instaurer dans la prise en soin de patients en psychiatrie carcérale peut-elle diminuer les risques de passage à l'acte violent envers le personnel soignant ?

Dans notre analyse descriptive, nous avons fait émerger quatre thèmes principaux : les conséquences de la violence sur les infirmiers par des patients atteints d'une pathologie psychiatrique, les facteurs favorisant les actes de violence chez le patient psychiatrique, les stratégies de prise en soin des patients psychiatriques violents et enfin les difficultés de la prise en soins en milieu carcéral.

Comme expliqué tout au long du travail, la violence est un aspect présent dans les soins (violence entre soignants-soignés, au sein de l'institution...). Les articles nous ont permis d'identifier les principaux facteurs prédisposant à la violence, à savoir, les pathologies psychiatriques, l'abus de substances, les antécédents de violence, les mesures de contention physique, l'environnement de prise en soin et plus particulièrement le contexte psychiatrique et carcéral.

La violence dont il est question dans ce travail est celle que peut manifester les personnes qui souffrent de maladie mentale en psychiatrie carcérale envers le personnel soignant et plus particulièrement envers les infirmiers. Cette violence envers l'infirmier engendre de nombreuses conséquences aussi bien au niveau physique, que psychologique et professionnel qui peuvent venir altérer la relation thérapeutique entre l'infirmier et son patient. Ce que certains articles nous ont également montré, c'est que, malgré les conséquences de violence importantes et non anodines, plusieurs stratégies sont possibles pour faire face à cette violence et à ses conséquences.

Comme vu précédemment dans ce travail, la prise en soin infirmière en psychiatrie carcérale diffère des milieux de soins « standards », ce qui implique d'autres compétences à mobiliser en tant que soignant. En effet, ce contexte de travail difficile demande aux infirmiers de posséder des aptitudes relationnelles leur permettant, d'une part, d'apporter un soin aux

patients atteints de pathologies psychiatriques (notamment par une contenance psychique comme décrit plus haut), mais également de les protéger contre un potentiel passage à l'acte. En effet, la fonction contenante doit être, dans la mesure du possible, soutenue tout au long de la prise en soin, ce qui demande au soignant d'être capable d'identifier ce qui se passe dans la relation soignant-soigné.

De par les différents articles analysés, une des pistes de réponse à notre question de recherche se trouve donc au sein de la relation thérapeutique.

En effet, la théoricienne Hildegard Peplau mentionne que la manière d'agir et d'interagir de l'infirmier avec le patient est le pilier de la prise en soin. C'est au travers de la relation que l'infirmier va pouvoir aider le patient à se développer.

Pour commencer, selon Peplau, la relation soignant-soigné débute par ce qu'elle appelle la *phase d'orientation*. C'est dans cette phase que l'infirmier va avoir un premier contact avec le patient, que les deux parties vont apprendre à se connaître et à créer un lien. Le développement de cette relation va permettre à l'infirmière d'identifier les besoins d'aide, au travers de l'analyse clinique infirmière, pour ensuite les développer dans les soins. C'est en cherchant à prendre en compte le rythme du patient et les multiples éléments de la réalité (contextuelle, situationnelle, médicale, personnelle, etc), qu'un climat de confiance va pouvoir s'instaurer entre le soignant et le soigné, et va, déterminer la suite de la prise en soin. Peplau explique que dans cette phase, l'infirmier et le patient sont étrangers l'un de l'autre. Si l'infirmier, ne parvient pas, par peur, à tisser ce lien de confiance, nous pouvons dès lors, interroger la qualité du soin qu'elle va apporter à la personne soignée. Ceci risquerait de ne jamais faire évoluer la relation thérapeutique ce qui ne permettra pas au détenu d'être contenu dans ses angoisses et sa maladie et favorisera probablement un passage à l'acte violent.

Peplau mentionne dans sa théorie l'importance d'accepter et de reconnaître ses émotions pour pouvoir les transformer en quelque chose de positif et de constructif. Selon l'auteure, l'infirmier possède des ressources personnelles qui lui permettent de surmonter les obstacles afin que ces derniers deviennent une source de développement, pour lui comme pour le patient. Ce qui arrive aux individus peut être expliqué, compris et modifié. Pour être à même d'accueillir le surplus d'émotions du patient psychiatrique, il est nécessaire que l'infirmier, en face, soit enclin à comprendre, accueillir ses propres émotions, être dans la conscience de soi et être conscient de qui elle est en tant que personne et en tant que professionnelle. Lorsqu'une personne est connectée à ses émotions, a confiance en elle et en ses capacités, forces et faiblesses, elle devient authentique et permet la construction d'une relation de confiance basée sur la réciprocité, l'accueil et la bienveillance. Tout ceci permet à l'infirmier d'aider le patient à mettre du sens sur ce qu'il vit et ressent.

Nous avons l'intime conviction qu'une personne ne peut être dans la capacité d'accueillir et de contenir les émotions des autres si elle ne parvient pas déjà à le faire pour ses propres émotions. C'est ce que nous appelons la gestion des émotions. Gérer dans le sens de reconnaître, d'être conscient de la présence de ses émotions et de les laisser "vivre". Selon nous, gérer, ne veut pas forcément dire "contrôler". Cette gestion des émotions invitera également au non-jugement et à l'accompagnement dans une relation thérapeutique.

Au contraire, si l'infirmier surpasse cette peur d'être étranger l'un de l'autre, une relation thérapeutique peut alors commencer à se tisser entre les deux individus ce qui, petit à petit, nous amène à *la phase de détermination et d'exploitation*.

Dans ces phases, l'infirmier va utiliser tous ses atouts relationnels pour répondre aux besoins du patient. C'est principalement dans celles-ci qu'elle jonglera entre différents rôles (ressources, conseiller, professeur de santé...) afin d'amener le patient à une « guérison » psychologique.

Dans un contexte de psychiatrie carcérale, il n'est pas rare d'avoir des passages à l'acte violents malgré l'instauration d'une relation de confiance. Lorsqu'il y a de la violence envers les infirmiers, le lien peut s'affaiblir et entraver la relation thérapeutique. Comme nous l'avons vu dans l'analyse des articles, les infirmiers vivent chacun ces expériences violentes de manière différente, mais certains d'entre eux ont reporté avoir vécu des émotions similaires telle que la peur, l'anxiété, la rancune ou encore la colère. Ce milieu de soin particulier invite donc les soignants à vivre des émotions de tout type, émotions qui sont légitimes, et qui, au-delà du milieu carcéral, peuvent être vécues dans tous types de relations humaines. Les conséquences générales ressenties par les soignants sont la diminution de la confiance en soi et la remise en question de leur rôle professionnel et un changement dans leurs comportements. Tout ceci amène le soignant à utiliser la contention comme premier recours plutôt que la communication.

Certains articles reportent qu'une certaine distance était la résultante de ces émotions, a priori négatives, ressenties par les soignants après avoir vécu un acte violent. Ces émotions n'ayant pas été "évacuées" ou pas "débriefées", elles finissent par impacter la relation thérapeutique. Les soignants se retirant émotionnellement de la relation soignant-soigné ce qui favorise davantage un nouveau passage à l'acte puisque les patients ne seraient plus contenus. Une des conséquences principales de cette distance entre soignant et soigné se manifeste par une diminution de la capacité des infirmiers à répondre aux signaux de détresse ou d'agitation des patients et de ce fait ils n'arrivent pas à prévenir les passages à l'acte violent.

Le débriefing d'équipe est une stratégie utilisée par les soignants afin de déposer leur ressenti et émotions vécus dans un environnement soutenant. Ceci permettrait de maintenir le lien avec le patient en question et donc de ne pas entraver la relation thérapeutique. Nous nous sommes rendues compte que ce que les soignants apportent aux patients (créer une dynamique favorisant l'acceptation des émotions, pouvoir accueillir ce que le patient vit...) est également valable pour le corps soignant travaillant dans ce milieu. C'est-à-dire, avoir une espace d'écoute, de non-jugement, permettant de pouvoir déposer son vécu émotionnel à la suite d'un passage à l'acte, à une équipe soignante qui saura reconnaître les émotions vécues et y mettre un sens. Cet espace aurait toute son importance dans le maintien de la relation thérapeutique ainsi que pour la santé psychique des infirmiers. En effet, dans tout acte violent, il y a une composante émotionnelle aussi bien du côté de celui qui manifeste de la violence que du côté de celui ou celle qui la subit. D'où l'importance d'espaces de discussion en équipe et/ou dans le cadre de supervision, d'être conscient des mécanismes psychologiques en jeu tels que les mécanismes de défenses (particulièrement le déni, la banalisation, ...) aussi bien chez les personnes soignées que chez les soignants.

En plus d'un soutien au sein de l'équipe, il est également relevé dans les articles qu'avoir une discussion post-contention entre soignant et soigné permettrait une meilleure compréhension de chacune des parties. Le debriefing avec le patient permettrait d'apprendre à connaître ses réactions et les signes précurseurs d'un acte de violence. Cette communication transparente pourrait donc être favorable dans le cadre d'un passage à l'acte.

En milieu carcéral, les situations peuvent basculer très vite étant donné la souffrance psychique des patients incarcérés. Dans le fond, les infirmiers se retrouvent à tisser une relation thérapeutique de confiance avec des personnes malades tout en restant, quelque part, sur leur garde, ce qui crée un certain paradoxe avec lequel ils doivent composer en permanence. Dans une étude que nous avons sélectionnée, les infirmiers mentionnent avoir adopté des stratégies (rigoler avec les patients, etc.) afin de « combler » l'écart perçu entre les valeurs sous-jacentes au milieu carcéral et leurs propres valeurs professionnelles. Comme nous l'enseigne H. Peplau, la relation soignant-soigné dépend de la posture de l'infirmier, des concepts théoriques qu'elle utilise et de ses connaissances et compétences personnelles et professionnelles. Le soignant est une personne en tant que telle, qui a des valeurs, sa propre personnalité, son vécu et son histoire de vie. L'expérience de ce dernier et ses connaissances propres vont influencer la prise en soin et la manière de rentrer en contact avec l'autre. En psychiatrie carcérale, la prise en soin infirmière est complexe et demande de sérieuses compétences (relationnelles, confiance en soi, communicationnelles) et connaissances (pathologies, médicaments, construction psychique, mécanismes de défenses, de soi), d'où l'importance pour les infirmiers d'avoir un ancrage professionnel solide ainsi qu'une

connaissance de ses limites. Nous trouvons qu'il est également important de savoir comment mettre en pratique notre rôle infirmier afin de ne pas se mettre dans une position de sauveuse ce qui peut nous mettre en danger.

Selon le triangle dramatique de Karpman, il y existe trois différents rôles : le rôle du persécuteur, de la victime et du sauveur. La position de sauveur est le rôle que prend un individu afin de sauver la victime en se donnant un rôle important pour se valoriser. La "victime" quant à elle subit les menaces du persécuteur qui est sans cesse en train de la rabaisser. Chaque personne peut, à tout moment, changer de rôle et se retrouver dans une nouvelle dynamique.

Dans une complexité de soin en psychiatrie carcérale, la triangulation limite les bénéfices de la relation thérapeutique et oblige le soignant à se sortir de cette triangulation pour que chacun ait son rôle de personne en acceptant ce qui est à lui et en laissant à l'autre ce qui lui appartient.

Malgré toutes les compétences et connaissances qu'à l'infirmier, la prise en soins en psychiatrie carcérale reste complexe. Les situations ne sont jamais figées. La violence est prédominante et on ne peut ni s'y habituer, ni la prévenir totalement.

Comme évoqué précédemment, l'infirmier qui travaille en psychiatrie carcérale est dans un environnement où elle est constamment "sous tension" et se doit d'être sur "ses gardes". Elle doit jongler entre créer une relation de confiance avec le patient et maintenir une distance professionnelle adéquate et le fait de veiller à sa propre sécurité au sein de la relation.

Selon Peplau, lorsque nous vivons une expérience engendrant des émotions violentes, il est possible "d'utiliser" cette expérience pour se connaître davantage et ainsi "regarder" ce qui peut être appris pour aller de l'avant. De ce fait, nous nous sommes questionnées en tant que futures professionnelles sur comment mobiliser cette résilience chez soi (infirmier) et chez les patients.

"Je ne perds jamais, soit je gagne soit j'apprends" (Nelson Mandela). Cette citation nous a fait penser au concept de résilience de Boris Cyrulnik qui est défini par Michel Manciaux (2001) comme étant : « [...] la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vies difficiles, de traumatismes parfois sévères » (p.323).

Le développement de la résilience passe, pour les professionnels, par un autre regard sur la réalité, en vue d'un meilleur usage des stratégies d'intervention. Ce regard cherche, au-delà des symptômes et des comportements, à détecter et à mobiliser les ressources des personnes, de leur entourage, de la communauté. Il conduit à

abandonner tout déterminisme fataliste, toute idée de reproduction transgénérationnelle automatique et tout perfectionnisme, afin que la personne et la famille cherchent, dégagent et se construisent elles-mêmes un chemin de vie. Ce changement dans la façon de voir les autres implique, pour les professionnels comme pour l'entourage, une remise en question de bien des « évidences » et de certaines attitudes personnelles, corporatistes, culturelles, institutionnelles (Manciaux, 2001, p. 327).

Selon B. Cyrulnik cité par Delage (2004) :

La résilience ne peut naître, croître et se développer que dans la relation à autrui. Les capacités adaptatives et les capacités à penser ne peuvent être mises en jeu qu'à partir de liens significatifs avec un environnement dans lesquels l'individu va pouvoir rencontrer ce qu'[il] nomme les « tuteurs de résilience » (p.342).

La plupart du temps, ces tuteurs sont les membres de la famille. Les proches vont recevoir les émotions et le vécu de l'individu ayant subi une « agression psychique ».

Il arrive que ces proches aient besoin d'aide dans ce « tutorat », c'est à ce moment-là qu'interviennent les thérapeutes et autres professionnels de la santé.

Cela rejoint ce que nous avons déjà affirmé sur l'importance d'une relation thérapeutique saine entre un soignant et un soigné, ce qui pourrait augmenter la capacité de résilience du patient.

La citation de Manciaux, ci-dessus, exprime bien notre positionnement professionnel par rapport à la problématique de violence en psychiatrie carcérale. Ce que nous cherchons dans la prise en soin de ces patients est de les accompagner à mobiliser leurs ressources internes et externes afin de vivre au mieux la situation de crise, ou en tout cas, d'en faire émerger quelque chose de constructif. Dans notre posture d'infirmier, nous trouvons important de véhiculer de l'espoir en ajustant notre regard à la situation du patient. Le but étant de permettre un nouveau regard sur ce qui se joue dans la relation afin de mobiliser de nouvelles ressources. En tant qu'infirmier, cela mobilise énormément d'énergie, c'est pourquoi, nous trouvons important de fixer des objectifs de soin, en fonction des besoins du patient, afin de guider la relation thérapeutique et la prise en soin. En effet, amener un nouveau regard, une nouvelle perception peut amener l'autre à sortir de sa perception pour en faire quelque chose.

Au regard de tous les éléments discutés, si le soignant arrive à passer à la phase de détermination et d'exploitation de H. Peplau, c'est que la relation thérapeutique prend du sens. Cette étape dure un certain temps jusqu'à ce que le patient ait trouvé des ressources pour

stabiliser sa maladie et un équilibre dans sa vie quotidienne. Le patient peut faire confiance aux soignants. Il sera entendu dans sa souffrance et ses angoisses. Ce renforcement de la relation de confiance permet l'instauration de stratégies propres à chaque patient, l'infirmier l'aidant à mobiliser ses ressources internes et externes.

De plus, les « dérapages » permettent au soignant de reconnaître les signes précurseurs de violence du patient qu'il soigne. Au fur et à mesure de la prise en soin, le soignant saura comment éviter que le patient devienne violent et aura des stratégies de prises en soins adéquates et spécifiques à chaque patient. Il faut sans cesse s'adapter et reconnaître les risques de passage à l'acte violent afin de développer des stratégies efficaces.

La dernière phase de Peplau est *la phase de résolution*. Cette dernière se caractérise par l'aboutissement de la relation thérapeutique. Dans le cadre de notre travail, il s'agirait de la sortie du patient qui se réinsère au sein de la société ou à un changement d'unité par exemple. La tâche principale de cette phase est d'aider le patient à avancer dans sa vie ou du moins à purger sa peine tout en trouvant un équilibre psychique qui lui permettra de ne plus ou presque plus subir de violence interne/psychique.

Nous réalisons la complexité d'une prise en soins infirmière soutenance et respectueuse de la personne ayant des comportements violents dans un contexte carcéral et auprès de personnes souffrants psychiquement et combien cela nécessite de multiples compétences chez l'infirmier ou, si nous nous appuyons sur les savoirs infirmiers, aussi bien un savoir empirique, éthique, mais aussi personnel et esthétique et que rien n'est jamais acquis.

Pour finir, dans un de nos articles, ils exposent le fait que si le soignant a déjà vécu une expérience de maladie mentale lui-même, dans son entourage ou alors qu'il a de l'expérience dans le milieu psychiatrique, il aura plus de facilité à s'adapter aux patients psychiatriques et à leur symptomatologie. Il aura aussi plus d'empathie et de compréhension dans l'expérience de la maladie mentale. Ce que nous retenons de cet article est qu'en tant que personne, lorsque nous sommes amenés à vivre une telle expérience, nous avons une perspective différente des situations similaires. Nous faisons l'hypothèse que cette épreuve peut nous apporter des stratégies différentes que si nous n'avions pas eu ce vécu.

Toute cette discussion, nous amène à penser que la contenance est primordiale dans la prise en soin de patients psychiatriques violents dans le milieu pénitentiaire. Pour créer une contenance efficace, nous retenons le fait que la relation thérapeutique doit être en évolution. Le soignant doit accueillir et accepter ses émotions pour être à même d'accepter celles du patient, et de ce fait créer cette relation de confiance.

De plus, Peplau montre l'importance de définir des objectifs de soin en fonction de la phase de prise en soin dans laquelle l'infirmier et le patient se trouvent. Dans chacune des phases, l'infirmier prend un rôle thérapeutique différent qui permet au patient d'approfondir la confiance qu'il a en son soignant, ce qui lui permet d'exposer ce qui se vit en lui et de se découvrir par la même occasion.

Pour terminer, plusieurs stratégies ont fait l'objet de cette discussion et obligent le soignant à les utiliser afin de faire évoluer la relation thérapeutique et aider le patient à se développer dans le but de trouver un équilibre psychique lors de son hospitalisation pénitentiaire. Toute cette discussion nous a amenées à nous questionner en tant que futures professionnelles sur l'impact que l'on peut avoir sur nos futurs patients et de l'importance de soigner la relation qui se crée entre soignant et soigné. Nous aboutirons ce travail de Bachelor avec la citation suivante :

Je ne ferai exister ce moment qu'en fonction des gens qui sont dans cette pièce, et la vie n'est rien d'autre que ça, une longue succession de pièces et tous ceux et celles qui sont avec nous dans cette pièce contribue à cette histoire (Dr House).

6.1. Recommandations

Nous émettons l'hypothèse qu'avoir plus de temps pour chaque patient permettrait d'améliorer la qualité des relations thérapeutiques créées. Plus de temps serait accordé au côté relationnel, une approche personnalisée serait privilégiée. La mise en place d'un effectif plus

important aurait plusieurs bénéfices, notamment une diminution du stress des professionnels ce qui permettrait un comportement verbal et non verbal plus adapté à une relation thérapeutique optimale et de ce fait, une diminution des passages à l'acte violent.

Un de nos articles mentionne que le fait d'introduire un dépistage des maladies psychiatriques dès l'arrivée en prison permet de détecter les patients qui nécessitent une prise en soins psychiatrique. Nous savons que dans le milieu de psychiatrie carcérale, les pathologies psychiatriques sont prenantes et bien ancrés. Le fait de les dépister permettrait de prendre le temps avec chacun des patients. De ce fait, nous suggérons d'augmenter le ratio infirmier-patient.

Une autre de nos recommandations serait d'inclure un programme de formation pour les infirmiers et les patients sur la confiance en soi, l'affirmation de soi et la gestion des crises, par exemple. Nous trouvons qu'il serait intéressant de mettre régulièrement en place des moments de discussion pour soignant et soigné ce qui leur permettraient de pouvoir verbaliser ce qui s'est vécu, de rejouer éventuellement les situations de soins afin de trouver, en équipe, des stratégies pour la suite. Ceci, dans le but de ne pas garder des émotions négatives ou des frustrations et que ces dernières impactent la qualité des soins ainsi que la dynamique d'équipe.

La mise en place de techniques alternatives telle que la méditation de pleine conscience (mindfulness) discuté dans un article serait, selon nous, bénéfique dans un contexte carcéral, pour les infirmiers et les patients.

Du côté du soignant, cela lui permet d'être dans la conscience de soi, de savoir quelles sont ses limites dans la relation thérapeutique. Cet outil permet également au patient de prendre conscience qu'il a des émotions et des ressentis. Une fois perçue, il peut alors décider de que faire de cette émotion. Tout ceci, pourrait, à long terme, apporter des résultats positifs quant à la prévalence de passage à l'acte violent. Le patient amènerait de la conscience sur sa manière d'agir.

L'hypnose ou l'EMDR⁴ sont également d'autres thérapies alternatives qui pourraient être une option proposée aux infirmiers travaillant en psychiatrie carcérale. Ceci permettrait d'éviter les risques de burnout et de dépression qui pourrait avoir un impact sur la relation soignant-soigné.

⁴ Thérapie alternative pour les personnes souffrant de stress post-traumatiques utilisant une technique de mouvements oculaires (EMDR Suisse, 2018).

Selon nous, futures professionnelles, la priorité lorsque nous travaillons en psychiatrie, et plus particulièrement en milieu carcéral, est d'apprendre à se connaître soi et à reconnaître ses propres émotions. Nous trouvons important de se questionner afin de trouver un équilibre entre son rôle infirmier, ses propres valeurs, celle de l'institution et celles du patient. Si, en tant que soignant, nous ne savons pas qui nous sommes, ceci peut nous amener à être déséquilibrés dans notre pratique ce qui peut entraver la relation thérapeutique. En effet, accueillir les émotions fortes d'un patient peut être déstabilisant pour le soignant. Si celui-ci n'est pas prêt à vivre cela, il ne sera pas apte à soigner efficacement autrui. En références aux 5 savoirs (savoir théorique, pratique, de décision, de réaction, d'être, de savoir évaluer), l'infirmier va s'ancrer dans une théorie de soin qui lui correspond. Notre dernière recommandation serait alors de prendre le temps de choisir notre ancrage théorique afin d'avoir un point de repère sur le terrain pour guider notre pratique.

6.2. Limites

Durant l'élaboration de ce travail de Bachelor, nous avons été confrontées à plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons observé certaines limites, telle que le manque de stratégies, la sélection de nos articles étaient exclusivement des études qualitatives ce qui peut être un biais à l'objectivité et à une potentielle généralisation de notre problématique. De plus, les articles que nous avons sélectionnés ont été trouvés uniquement sur un moteur de recherche (Pubmed)

car nous avons eu de la difficulté à trouver des articles qui correspondent à notre question de recherche sur les autres moteurs.

Nous aurions également souhaité pouvoir discuter avec les professionnels de psychiatrie carcérale suite à l'élaboration de ce travail afin de voir si nos recommandations sont applicables.

7. RÉFÉRENCES

Alligood, M. R. (2010). Nursing theory : utilization & application. Maryland Heights : Elsevier Mosby.

Alligood, M. R. and A.M.,Tomey, Eds. (2010). Nursing Theorists and their work. USA : Elsevier Mosby

Baby, M. & Glue, P. & Carlyle, D. (2014). Violence is not Part of Our Job : A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses, Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35. 647-655. Doi : 10.3109/01612840.2014.892552

Billard, M. & Costantino, C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques 1* (1), 54-76. DOI 10.3917/clini.001.0054

Bouchard, M.A., Combalbert, N. & Favard, A.M. (2001). Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques. *Annales médico-psychologiques*, 159, 487-495. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448701000890>

Bourgeois, M.L. & Bénézech, M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathie et comorbidités psychiatriques. *Annales médico-psychologiques*, 159, 475-486. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448701000889>

Camuccio, C. , Chambers, M. , Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. (2012). Managing distressed and disturbed patients : the thoughts and feelings experiences by Italian nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 807-815. Doi : 10.1111/j.1365-2850.2011.01857.x

Davaris, S. (2016, 1 septembre). Les soignants sont de plus en plus victimes de violence. Tribune de Genève. Accès <http://www.tdg.ch/geneve/actu-genevoise/Les-soignants-sont-de-plus-en-plus-victimes-de-violences/story/27512889>

Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers: réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers* 2 (93), 72-82. Accès <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-72.htm#no11>

Decoopman, F. (2010). La fonction contenante : les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute. *Gestalt*. 37. 140-153. Accès <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2010-1-page-140.htm>

Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience : Qu'en fait le systémicien ? *Thérapie Familiale*, 25(3), 339-347. doi:10.3917/tf.043.0339.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). (2018) Description de la méthode EMDR. Accès <http://www.emdr-schweiz.ch/description.html>

Fanguin, D. (2009). *Les troubles psychiques. Ces "maladies" pas comme les autres*. Paris : Ellipses

Fawcett, J. (2002). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (2è ed.) Philadelphia : F.A. Davis.

Fawcett, J., DeSanto-Madeya., S, Ed. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (3è ed.) Philadelphia : F.A. Davis.

Fovet, T., Thomas, P. & Amad, A. (2015). *Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ?* Accès <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>

Gbézo, B. E. (2011). *Les soignants face à la violence* (2e éd.). France : Lamarre

Hôpitaux Universitaires Genève. (2018). *Médecine pénitentiaire*. Accès <https://www.hug-ge.ch/medecine-penitentiaire>

Horace, E. & Vinette, A. (2017). The Mentally Ill in Jail : Contemporary Clinical and Practice Perspectives for Psychiatric-Mental Health Nursing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 217-222. Doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.013>

Jacob, J.-D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 45-58. Doi : 10.1177/1078345813505444

Larousse. (S.d). *Discipline*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/discipline/25818>

Larousse. (S.d). *Prison*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prison/6399>

Larousse. (S.d). *Profession*. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/profession/64156>

Le trouble de stress post-traumatique. (2018). Tspt. Accès <https://tspt.ch>

Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing : A Qualitative Analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 60(9), 386-392. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574714/>

Manciaux, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Études*, tome 395(10) Accès <https://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htmretournoten05#no1>

Marchal, S. (2005). *La colère des patients : autopsie d'une émotion négligée*. 33. pp.9-18. Accès [La colère des patients : autopsie d'une émotion négligée](#)

Mistler, L.A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M.F. & Friedman, M.J. (2017). Mobile mindfulness intervention on an acute psychiatric unit : Feasibility and acceptability study. *JMIR Mental Health*, 4(3), 1-10. doi:10.2196/mental.7717

Myquel, M. (2002). *Aspects psychopathologiques de la violence*. Accès <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961702001502> (SOURCE?!)

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016). Santé et troubles psychique. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/psychische-gesundheit/themenschwerpunkte-im-bereich-psychische-gesundheit/themenseite-l4--l6.html>

Oates, J., Drey, N. & Jones, J. (2017). Your experiences were your tools : How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 471-479. Doi : 10.1111/jpm.12376

OCDE. (2014). Santé mentale et emploi : Suisse. Accès <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>

Olié, J.-P. (2009). *Guérir la souffrance psychique*. Paris : Odile Jacob

Organisation mondiale de la santé (2017). Violence. Accès <http://www.who.int/topics/violence/fr/>

Organisation mondiale de la santé (2002). Selon une étude récente, la violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé: résumé*. Accès

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42549/1/9242545627_fre.pdf?ua=1&ua=1

Pépin, J., Kérouac, S & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3è ed.). Montréal : Chenelière Education

Perron, A., Jacob, JD., Beauvais, L., Corbeil, D. & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120, 47-60. Accès <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-47.htm>

Peterson, S.J. & Bredow, T.S. (2017). *Application to nursing research and practice* (4è ed). China : Wolters Kluwer.

Pillai, K., Rouse, P., McKenna, B., Skipworth, J., Cavney, J., Tapsell, R., Simpson, A. & Madell, D. (2016). From positive screen to engagement in treatment : a preliminary study of the impact of a new model of care for prisoners with serious mental illness. *BMC Psychiatry*, 1-7. Doi : 10.1186/s12888-016-0711-2

Raoult, P.A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie* 1(481). 7-16. DOI 10.3917/bupsy.481.0007

Ratté, J. (2002). *Psychologie de la désadaptation. Les types psychopathologiques et leurs incidences psychosociales chez l'adulte*. Québec : Les Presses Universitaires de Laval.

République et canton de Genève. (2018). *Concepts de prise en charge des détenus-patients*. Accès <https://www.ge.ch/curabilis/prise-charge.asp>

République et canton de Genève. (2017). *Curabilis*. Accès <https://www.ge.ch/curabilis/unites.asp>

Rieder, J.-P., Gravier, B., Pasche, C., Bodenmann, P. & Wolff, H. (2010). Santé en milieu pénitentiaire : vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1462-1465. Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-257/Sante-en-milieu-penitentiaire-vulnerabilite-partagee-entre-detenus-et-professionnels-de-la-sante>

Rodet, C, & Cyrulnik, B. (2014). *Passage à l'acte: traumatisme, résilience et effets transgénérationnels*. Lyon: la chronique sociale

Sergent, M. (2014). De la contention à la contenance : usage de la psychothérapie en prison. *Cliniques 1* (7), 80-93. DOI 10.3917/clini.007.0080

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016. Accès http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_72_rapport.pdf

Schuwey-Hayoz & Needham. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, (86), 108-115.

Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L. & LeGris, J. (2015). Registered nurses experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units : an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*. 14-35. DOI 10.1186/s12912-015-0079-5

Thomas, P. & Adin-Avinée, C. (2012). *Psychiatrie en milieu carcéral*. Paris : Elsevier Masson

Winnicott, D. W. (2006). La mère suffisamment bonne. Pays : Payot

8. ANNEXES

8.1. Fiches de lecture

FICHE DE LECTURE

Camuccio, C , Chambers, M. , Välimäki, M., Farro, D. & Zanotti, R. (2012). *Managing distressed and disturbed patients : the thoughts and feelings experiences by Italian nurses*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 19, 807-815.

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteures : Cet article est écrit par cinq auteures :

- Camuccio, C est un professeur de l'université de Padoue, en Italie.
- Chambers, M est un responsable infirmier dans un hôpital à Padoue, en Italie.
- Välimäki, M est un professeur de sciences infirmières à l'université de Padoue, en Italie.
- Farro, D est un professeur de la faculté des sciences de la santé et du social à l'université Saint George, à Londres
- Zanotti, T est un professeur et directeur infirmier au département de sciences infirmières à l'université et à l'hôpital de Turku, en Finlande.

1.2 Le nom et type de revue

Le « Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing » a été publié en 1994 pour la première fois. Il s'agit d'un journal international de soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale destiné au grand public. Ce document publie des articles scientifiques et de recherche pour le développement des politiques, de la pratique, de la recherche et de l'éducation dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale afin de faire progresser les connaissances à ce sujet au niveau mondial. Ce journal est composé autant de recherches que de revues de littérature, essais, débats et récits de professionnels ou consommateurs (Référence : Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. (2018). [Page Web]. Accès <https://onlinelibrary.wiley.com/page/journal/13652850/homepage/forauthors.html>, consulté le 21 mai 2018).

1.3 Lieu de l'étude

L'étude s'est effectuée dans une seule région d'Italie au sein de 7 unités de psychiatrie différentes (traduction libre, p.1)

1.4 Les objectifs pratiques

Il s'agit d'une étude qualitative visant à identifier les sentiments et les émotions des infirmières italiennes vis-à-vis de la prise en charge des patients psychiatriques en milieu hospitalier (traduction libre, p.1).

2. L'objet de l'article et le cadre théorique

2.1 Objet de la recherche

Les sentiments et les émotions des infirmières italiennes quant à la prise en charge des patients atteints d'une pathologie psychiatrique et qui adopte des

comportements agressifs.

2.2 Question de recherche

Quels sont les sentiments et les émotions vécues par les infirmières italiennes dans la prise en charge de patients agressifs et en détresse ? (Traduction libre, p.3).

2.3 Hypothèse de travail

Les émotions sont importantes car elles influencent la prise en charge clinique. Le sentiment de rage, de peur et de tristesse sont importants et affectent la relation thérapeutique (réaction des deux parties) (Traduction libre, p.2).

3. Méthodologie de la recherche

3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont effectués une collecte de données dans les 7 unités de soins psychiatrie sélectionnés. Ces données ont été récoltées lors de discussion de groupe en avril et mai 2007. La taille des groupes varie de 8 à 10. Chaque groupe a été enregistré, le contenu a été retranscrit par écrit (traduction libre, p.3).

3.2 Population de l'étude

33 infirmières travaillant dans 7 service de psychiatrie différents ont participé à l'étude.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Participation volontaire ;
- Infirmières diplômées;
- Avoir l'expérience d'au moins un événement agressif ;
- Accepter l'enregistrement audio des groupes de discussions (traduction libre, p.3)

3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche qualitative descriptive.

4. Présentation des résultats

4.1 Principaux résultats de la recherche

5 thèmes ont été analysés dans cette étude et était tous en lien avec l'émotion de peur, émotion prédominante chez les infirmières de l'étude. Les 5 thèmes sont les suivants:

- La peur de nuire à soi-même ou au patient : les hommes et les femmes de cette étude ont exprimé leur peur d'être blessé psychologiquement ou physiquement et la peur de faire mal au patient (comme lors de l'utilisation de la contention par exemple).

- La sécurité de l'équipe : selon les infirmiers, l'équipe aide à contenir l'agression du patient. Elle aide l'infirmier à être équilibrée sur le plan émotionnel, à éviter les réactions impulsives et leur permet d'avoir des interventions équilibrées et réfléchies.
- Patient connu ou inconnu : lorsque le patient n'est pas connu par les infirmières, elles expriment que le fait de ne pas connaître ses réactions induit de la peur (qui est moins présente pour les patients connus).
- Patient non psychiatrique : ici il s'agit principalement des patients toxicomanes, alcooliques ou patients qui ont des troubles organiques, qui, en Italie, ne sont pas des patients « psychiatrique ». Les infirmières disent ne pas avoir les compétences relationnelles pour prendre en charge ces patients qu'elles ne considèrent pas comme « patients psychiatriques ».
- Physique du patient : la corpulence des patients fait peur au personnel soignant (traduction libre, pp.3-4).

4.2 Conclusions générales

Il n'y a pas de différence majeure dans les sentiments et les émotions vécues par les infirmiers de cette étude. Indépendamment du sexe, de l'éducation, de l'âge, de la durée d'activité dans service de psychiatrie, ils ont tous éprouvé de la peur. Les infirmières ont décrit la peur comme étant un sentiment prévalent dans la gestion des patients agressifs, influencé par le travail en équipe, les connaissances antérieures du patient, la confiance dans les collègues et les sentiments partagés avec ceux-ci ainsi que la conscience de soi.

Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, les infirmières suggèrent une meilleure collaboration d'équipe, des relations plus étroites entre les unités et les équipes de santé mentale communautaire.

Selon les auteurs, d'autres recherches devraient être faites à ce sujet. Cela donnerait de outils pour prédire et prévenir ce phénomène complexe et multifactoriel (traduction libre, p.6).

5. Ethique

Tous les candidats avaient la possibilité de se retirer à tout moment et ont été assurés de l'anonymat et de la confidentialité de données (traduction libre, p.3).

6. Démarche interprétative

6.1. Limites

L'étude a été effectuée dans une seule région d'Italie avec un petit échantillon ce qui ne permet pas la généralisation à d'autres parties d'Italie ou au-delà. De plus, la méthodologie de groupe peut présenter des limitations liées à l'autocensure et à l'adaptation aux règles de groupes (traduction libre, p.6).

6.2 Pistes de réflexion

Pas d'informations sur les pistes de réflexions.

FICHE DE LECTURE

Pillai, K., Rouse, P., McKenna, B., Skipworth, J., Cavney, J., Tapsell, R., Simpson, A. & Madell, D. (2016). *From positive screen to engagement in treatment : a preliminary study of the impact of a new model of care for prisoners with serious mental illness*. BMC Psychiatry, 1-7. Doi : 10.1186/s12888-016-0711-2

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cet article est écrit par huit auteurs (pas d'informations relatives aux auteurs) :

- Pillai, K.
- Rouse, P.
- McKenna, B.
- Skipworth, J.
- Tapsell, R.
- Simpson, A.
- Madell, D.

1.2 Le nom et type de revue

MC Psychiatry est une revue à comité de lecture ouverte qui examine des articles sur les aspects de la prévention, du diagnostic et de la gestion des troubles psychiatriques, ainsi que sur la génétique moléculaire, la physiopathologie et l'épidémiologie. Tous les articles publiés sont accessibles gratuitement en ligne dès leur publication. BMC Psychiatry fait partie de la série BMC, qui publie des revues spécialisées portant sur les besoins des différentes communautés de recherche dans tous les domaines de la biologie et de la médecine. (Référence : BMC Psychiatry. (2018). [Page Web]. Accès <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/about>, consulté le 21 mai 2018).

1.3 Lieu de l'étude

L'étude s'est effectuée dans les prisons de Nouvelle-Zélande (traduction libre, p.1).

1.4 Les objectifs pratiques

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive visant à identifier l'impact que peut avoir le dépistage, l'évaluation et l'orientation des prisonniers ayant une maladie psychiatrique dans leur prise en charge au sein de la prison (traduction libre, p.1).

2. L'objet de l'article et le cadre théorique

2.1 Objet de la recherche

Utilité d'un dépistage précoce de maladie mentale chez les nouveaux détenus.

2.2 Question de recherche

Pas de question de recherche formulée.

2.3 Hypothèse de travail

L'hypothèse de travail n'est pas explicitée mais nous pouvons en déduire que le

dépistage précoce permettrait d'augmenter les chances de prise en charge spécialisée de cette population de patient.

3. Méthodologie de la recherche

3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont effectués un dépistage à tous les niveaux détenus de 4 prisons de Nouvelle-Zélande (traduction libre, p.4).

3.2 Population de l'étude

19349 nouveaux prisonniers de 4 prisons de Nouvelle-Zélande ont fait l'objet de cette étude.

Le critère d'inclusion est le suivant :

- Tous les prisonniers nouvellement admis lors de la l'année d'étude

3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche qualitative descriptive.

4. Présentation des résultats

4.1 Principaux résultats de la recherche

6 thèmes ont été analysés dans cette étude, les voici:

- Le nombre total de prisonniers et de nouvelles admissions : Le nombre de nouveaux prisonniers (n= 19349) qui ont fait l'objet de cette étude était similaire au nombre de nouvelle admission de l'année qui a précédé l'étude (n= 19421).
- Le renvoie des prisonniers à l'équipe de santé mentale: Le dépistage a été effectué par des infirmières spécialisées. Au moment de l'étude, l'outil de dépistage était géré par les services correctionnels et n'était pas sous le contrôle de l'équipe de recherche. Par conséquent, 24,6% des nouvelles admissions seulement ont été analysé par le modèle de soin de l'étude. 2,5% des renvoies de détenus ont été effectuée durant le courant de l'étude.
- Evaluation du triage des renvoies: Certains prisonniers n'ont pas bénéficié du dépistage lors de leur arrivée car ils ont été transférés ou libérés avant que celle-ci ait pu être effectuée (traduction libre, p.4). Le nombre de prisonniers ayant été dépistés positifs a augmenté. Ils ont alors été évalué ainsi que traités par les soignants (traduction libre, p.5).
- Le nombre total de prisonniers acceptés pour l'évaluation de la

santé mentale : l'étude montre qu'il y a une augmentation significative du nombre de nouveaux prisonniers détectés pour une évaluation et un traitement par les équipes de santé mentale dès leur arrivée (traduction libre, p.5)

- Proportion de la population carcérale selon le nombre de cas: La charge de travail a augmenté considérablement entre la période avant la mise en place de l'outil et après (traduction libre, p.5)

4.2 Conclusions générales

L'étude montre que la mise en place de l'outil permet aux différents professionnels d'avoir une meilleure définition des rôles de chacun et permet de dépister un plus grand nombre de détenus ayant une maladie mentale (traduction libre, p.5). De plus, cet outil (dépistage, évaluation et orientation) montre une amélioration dans la prise en charge de ces patients (traduction libre, pp.6-7).

6. Démarche interprétative

6.1. Limites

La charge de travail de l'équipe spécialisée en santé mentale a augmenté. Les auteurs spécifient que toutes les variables impacts sur les résultats ce qui fait qu'il y a un biais de mesure. De plus, la mise en place du dépistage a été mis en œuvre par le Ministère de corrections à mi-chemin de la mise en œuvre de la période d'étude de sorte qu'uniquement un quart des prisonniers ont accédé à la mise en place de l'outil des chercheurs.

La collecte de données a également commencé le jour de l'introduction, sans donner de nouvelles façons de travailler, ce qui a probablement réduit les possibilités d'interventions.

6.2 Pistes de réflexion

Pas d'informations spécifiées dans l'article.

FICHE DE LECTURE

Ling, S., Cleverley, K. & Perivolaris, A. (2015). Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing : A Qualitative Analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie*, no 9, vol 60, 386-392

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteures : Cet article est écrit par trois auteures :

- Ling, S est une praticienne infirmière spécialisée dans les addictions et la santé mentale à Toronto, en Ontario.
- Cleverley, K est l'assistante d'un professeur dans le centre pour les addictions et la santé mentale ainsi que les recherches en santé mental à l'université de Toronto, en Ontario. C'est également une spécialiste clinicienne en addiction et en santé mentale à Toronto, Ontario.
- Perivolaris, A est un manager de projet dans le centre d'addiction et de santé mentale à Toronto en Ontario.

1.2 Le nom et type de revue

La revue canadienne de psychiatrie existe depuis 1956. Cette revue « fait paraître 12 numéros par an, publie des articles scientifiques originaux et inédits, évalués par les pairs, qui traitent de tous les aspects de la psychiatrie au Canada et ailleurs dans le monde » (Référence : la Revue canadienne de psychiatrie. (S.d). [Page Web]. Accès <https://www.cpa-apc.org/fr/ressources-cliniques/la-revue-canadienne-de-psychiatrie/>, consulté le 21 mai 2018).

1.3 Lieu de l'étude

L'étude s'est effectuée dans un hôpital spécialisé en santé mentale et addictologie (traduction libre, p.1)

1.4 Les objectifs pratiques

Il s'agit d'une étude qualitative visant « comprendre les expériences de contention » des patients atteints d'un pathologie psychiatrique (avant, pendant et après la contention) (traduction libre, p.1).

2. L'objet de l'article et le cadre théorique

2.1 Objet de la recherche

Un debriefing post-contention était effectué aux patients qui en ont fait l'expérience.

2.2 Question de recherche

La question de recherche n'est pas mise en évidence mais nous pouvons en déduire que les chercheurs souhaitent évaluer comment l'expérience de contention est vécues par les patients ainsi que les soignants et comment la prévenir.

2.3 Hypothèse de travail

L'hypothèse de recherche n'est pas explicitée. Nous pouvons ici également en déduire que l'hypothèse est que les expériences de contention vécues par le patient et les soignants ont un impact sur chacune des parties et vont donc influencer la prise en charge et la relation thérapeutique.

3. Méthodologie de la recherche

3.1 Outil pour la récolte de données

L'outil dont il est question dans cette étude est un formulaire à fournir dans les 24 heures post-contention effectuée soit par écrit, soit oralement avec un soignant. Au sein de ce formulaire, il y a des questions relatives aux antécédents de contention, sur comment elle aurait pu être évitée afin qu'elle ne se reproduise plus (traduction libre, p.2).

3.2 Population de l'étude

Un échantillon de 55 personnes a été questionné après avoir vécu un épisode de contention (traduction libre, p.1).

Les critères d'inclusion ne sont pas notés mais sont déduits :

- patients de l'hôpital qui ont eu l'expérience d'une contention.

3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche qualitative descriptive.

4. Présentation des résultats

4.1 Principaux résultats de la recherche

11 thèmes ont été analysés dans cette étude :

- Antécédents d'événements de contention : il a été demandé dans le formulaire ce que les patients pensent avoir fait pour que les patients décident de mettre en place une contention. Ils reportent l'agression verbale ou physique (traduction libre, p.3).
- Autonomie perdue : La perte de l'autonomie était reconnue par les patients comme favorisant la colère. En effet, l'environnement hospitalier est soumis à des règles. Ceci est décrit par les patients comme une perte d'autonomie (traduction libre, p.3).
- Tension interpersonnelle : La tension avec les professionnels ou avec les patients sont documentées. Le conflit avec le personnel était étroitement lié à la perte de l'autonomie : lorsque leurs besoins ou désirs ne sont pas en accord avec le protocole hospitalier. Pour les conflits entre patients, il s'agit essentiellement de dispute relative au partage de l'environnement avec d'autres personnes, qui est source de tension. Certains patients rapportent que les professionnels ne sont pas intervenus à temps pour désamorcer le conflit

- (traduction libre, p.3).
- Ne pas se sentir entendu : Les patients expliquent ne pas avoir été écouté ou que la communication avec le personnel était insuffisante, ce qui a précipité la colère. Certains patients hospitalisés ont indiqué que la contention était pour eux inutiles et punitives, ce qui a alimenté leur colère. Les patients expliquent également que les règles institutionnelles telle que le fait de ne pas pouvoir sortir du bâtiment n'était pas en corrélation avec leurs besoins. Les patients expriment ne pas se sentir entendu par le personnel soignant par rapport à cela (traduction libre, p.4).
 - Pendant les événements de restriction : la grande majorité des patients ont mentionné que la contention était perçue comme négative car elle suscite la peur, des sentiments de rejet et un désir de confort (traduction libre, p.4)
 - Peur et rejet : De nombreux patients déclarent ressentir de la peur et du rejet en réponse à la contention. Cette peur provient du fait qu'ils ne savent pas ce qui se passe pour ce qui pourrait leur arriver (traduction libre, p.4).
 - Besoin de confort : Les patients pensent que l'événement aurait pu être évité s'ils avaient bénéficié d'un confort physique (traduction libre, p.4).
 - Événement de post-contention : Les patients disent que la contention était perçue comme négative et que cela a suscité des sentiments négatifs et entravé à la relation avec le personnel soignant (traduction libre, p.4).
 - Perte de confiance : Les patients hospitalisés ont indiqué avoir des émotions négatives telle que colère, ressentiment et tristesse et avoir perdu confiance dans le personnel soignant (traduction libre, p.4).
 - Neutralité : un petit nombre des patients de l'étude n'ont pas vécu l'expérience de contention négativement. Certains ne se sont pas senti affecté. D'autres spécifient que l'expérience a été négative mais cela ne les a pas impactés par la suite. Certains patients mentionnent que la raison de leur violence était en relation directe avec leur maladie. De plus, certains patients qui ont été contentonné à la suite de conflits avec d'autres patients se sont senti en sécurité grâce à la contention (traduction libre, p.4).
 - Changement de décor : certains patients décrivent avoir un besoin de liberté physique dans le cadre du rétablissement post-contention. Ils mentionnent avoir le besoin de prendre l'air, effectuer une activité ou retourner au sein de la population (traduction libre, p.4).

4.2 Conclusions générales

« Les résultats de l'étude soulignent l'importance d'une communication régulière et individualisée entre les patients hospitalisés et les cliniciens avant que le comportement des patients hospitalisés ne s'intensifie » (traduction libre, p.6). L'étude montre également que le manque de communication précédait la colère des patients. La perte d'autonomie était également un des facteurs importants soulignés au sein de la recherche. La discussion serait, là également, une des solutions permettant de tempérer les émotions des patients. Le débriefing patient-soignant permet d'avoir une meilleure compréhension chez

chacune des parties (traduction libre, p.6).

5. Éthique

La notion de contention peut soulever une question éthique autant pour le personnel soignant que pour les patients, cependant cela n'est pas discuté dans l'article.

6. Démarche interprétative

6.1. Limites

Le formulaire ne spécifie pas le type de contention utilisé (isolement, médicament, contention physique). Par conséquent, les chercheurs ne savaient pas quel type de contention l'usager a connu. Les patients dont il est question dans l'étude ont eu des perceptions différentes. Étant donné que nous n'avons pas les détails de la contention utilisée pour chaque patient, il est possible que les résultats de l'étude auraient été différents si nous avions eu les informations à ce sujet. Cependant, il est vrai que la majorité des patients ont eu une expérience négative.

Une autre limite de cette étude concerne la manière dont a été effectué la restitution des informations dites par le patient lorsque le soignant était présent. On ne sait pas si la présence de ce dernier a influencé ce que le patient a rapporté. L'information était également biaisée par rapport aux patients hospitalisés qui étaient assez bien pour répondre au formulaire par eux-mêmes. Enfin, les patients qui ne parlaient pas la langue auraient pu remplir le formulaire d'une manière non adéquate, à moins que les cliniciens ne l'aient précisé dans le formulaire ou qu'un interprète était présent.

6.2 Pistes de réflexion

Pas de piste de réflexion mentionnée dans l'article.

Fiche de lecture :

Perron, A., Jacob, J.-D., Beauvais, L., Corbeil, D. & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 1(120), 47-60. doi : 10.3917/rsi.120.0047

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs : (se référer en haut de la page 47). Cet article est écrit par cinq auteurs, tous infirmier-ères de formation :

- Amélie PERRON est infirmière et détient un doctorat (Ph.D.) et est professeure agrégée à l'école des sciences infirmières à l'Université d'Ottawa au Canada
- Jean Daniel JACOB est infirmier et détient un doctorat (Ph.D.) et est professeur agrégé à l'école des sciences infirmières à l'Université d'Ottawa au Canada
- Louis BEAUVAIS est infirmière et détient un Master of Science (MSc). Elle est conseillère-cadre en soins infirmiers au Centre hospitalier de St-Mary à Montréal au Canada
- Danielle CORBEIL est infirmière, détient un MSc et une maîtrise en administration publique (MAP). Elle est commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services au CSSS Champlain Charles Lemoyne à Montréal au Canada
- David BERUBE est infirmier et détient également une MAP. Il est infirmier-chef au Centre hospitalier de St-Mary à Montréal au Canada

Le nom et type de revue :

La revue « Recherche en soins infirmiers » est « une revue trimestrielle française diffusée dans l'espace francophone et international. Ses publications sont susceptibles d'engager les soignants dans des pratiques professionnelles basées sur des preuves, et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des soins ». La revue existe depuis 2005, elle sort quatre numéros par année. (référence : Cairn.info. (2018). À propos de : Recherche en soins infirmier. Accès <https://www.cairn.info/en-savoir-plus-sur-la-revue-recherche-en-soins-infirmiers.htm>

Le lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée dans une unité de soins psychiatriques et au département d'urgence

d'un hôpital urbain au Québec, Canada (p.50).

Les objectifs pratiques : (il se retrouve dans le résumé à la page 47) :

« Examiner les perceptions et les stratégies de prévention et de gestion du personnel infirmier et des patients vis-à-vis de l'agressivité et de la violence manifestées par des patients ».

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Les perceptions et la gestion des infirmiers par rapport à la violence des patients.

1.2.2 Question de recherche :

Pas nommée

1.2.3 Hypothèse de travail :

Pas nommée.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Les auteurs présentent en page 49 les travaux de Lupton et de Castel. Ces derniers identifient une perspective macroscopique du risque et appliquent ce concept en milieu clinique psychiatrique.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- Conceptions de la violence (50-52)
- Facteurs déclencheurs et contributifs (52-54)
- Stratégies de prévention et de gestion de la violence (54-57)

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont utilisé la « méthode de l'entrevue semi-structurée ». Le déroulement de l'étude est expliqué à la p.50 sous la section « Considérations méthodologiques ».

1.3.2 Population de l'étude

- 10 patients (5 femmes et 5 hommes)
- 13 infirmiers (10 femmes et 3 hommes)

Ils ont été recrutés d'après « la politique des Trois conseils en matière de conduite éthique de la recherche et après approbation par deux comités d'éthique en recherche » (p.50).

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire et descriptive

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Suite à l'analyse des propos recueillis des participants, les résultats ont été classés en trois grandes dimensions (p.50) :

1. Les conceptions de la violence

La violence et l'agression sont utilisées par les participants de manière interchangeable, ils donnent des exemples tels que des attaques, cris, intimidations, violence verbale.

La violence est perçue comme étant physique, verbale, visible ou tangible

La violence est perçue par le personnel soignant comme faisant partie du métier (normalisation de la violence).

Plusieurs participants infirmiers ont confié avoir des a priori et des réticences à prendre en soin un patient agressif et ils affirment également qu'un épisode agressif envers eux de la part d'un patient les change.

Les participants infirmiers parlent aussi de la notion de déresponsabilisation des patients psychiatriques.

2. Les facteurs déclencheurs et contributifs

Les auteurs font ressortir les facteurs prédisposant à la violence tels que les pathologies psychiatriques, l'abus de substance, les antécédents de violence et judiciaires.

Les infirmiers insistent également sur le fait de regarder la cause de l'acte de violence qui est souvent composé à 80% d'émotion, qu'est ce que cet acte essaie de nous dire ? La violence devient dans ce cas un symptôme de mal-être.

Le contexte / l'environnement joue également un rôle important dans la prévalence de comportement agressif.

3. Stratégies de prévention et de gestion de la violence

Parmi les propos recueillis, la relation thérapeutique entre le patient et le soignant est primordiale car elle permettrait de reconnaître les « signes annonciateurs » (p.54) de la violence. La relation thérapeutique consiste à s'engager dans la relation avec authenticité dans le but de créer une confiance mutuelle avec le patient. Le soignant se doit de verbaliser à son patient s'il ressent de la peur par rapport à ce dernier afin que le patient puisse rectifier ses comportements verbaux et non-verbaux. La verbalisation de la part du patient est également primordiale, elle peut s'effectuer dans un contexte d'approche calme et engagée du soignant.

La relation thérapeutique est essentiellement basée sur le dialogue (écoute, négociation, debriefing,...) et sur la continuité de celle-ci.

La nécessité d'instaurer des limites dans cette relation soignant-soigné est tout de même nécessaire.

Il est également fait part de « stratégies de coulisses » des infirmiers (malgré le manque de privilège requis pour accéder à cette stratégie) afin de désamorcer une crise potentielle.

La médication est une stratégie non négligeable dans le désamorçage de comportements violents, notamment dans des unités de psychiatrie. La contention chimique est, dans un premier lieu, au bénéfice du patient, car un patient en état de crise est un patient qui souffre.

1.4.2 Conclusions générales :

Elles se retrouvent dans les sections « pistes de solution » (p.58) et « conclusion » (p.59). Les auteurs proposent une attention particulière à l'importance de la partie relationnelle dans les soins comme action préventive de la violence. Ils parlent également d'un outil de dépistage.

1.5 Ethique

La confidentialité des participants est tenue.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de prendre connaissance de vécus d'infirmier et de patients face à des actes de violence avec, notamment, la mise en lumière de trois thèmes (Les conceptions de la violence, les facteurs déclencheurs et contributifs et stratégies de prévention et de

gestion de la violence)

Ces éléments nous permettent de guider notre pratique et nous sensibiliser à la violence des patients psychiatriques, notamment l'importance de la relation thérapeutique.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

Les propos sont propres aux personnes interrogées dans un contexte spécifique qu'est la psychiatrie. Les personnes interviewées ont fait part de leurs expériences et sont donc personnelles et singulières à ces dernières.

La généralisation des résultats n'est pas recherchée car c'est une étude qualitative.

2.3 Pistes de réflexion :

Elles sont répertoriées dans la section « pistes de solutions » (p.58à:

- ✓ consolider une approche préventive permettant une diminution de l'incidence d'actes violents
 - cette piste nécessiterait une recherche à part entière afin d'étayer les possibilités de prévention de la violence
- ✓ favoriser l'approche relationnelle (collaboration, communication)
- ✓ mettre en place un outil complémentaire à la grille Oméga (évaluation et gestion de comportements agressifs)
 - exemples d'outils : Broset Violence Checklist ou DASA)
- ✓ médication
- ✓ la dotation infirmière : ration infirmière-patient plus élevé connaîtrait moins d'épisodes de violence
- ✓ distribution des patients : séparer les patients « psycho-légaux » des patients ayant un trouble d'abus de substance par exemple (p.59). En d'autres termes, répartir les patients selon leur niveau d'acuité

Fiche de lecture :

Stevenson, K., Jack, S., O'Mara, L. & LeGris, J. (2015). Registered nurses experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units : an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*. 14-35. DOI 10.1186/s12912-015-0079-5

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs : Cet article est écrit par quatre auteures :

- ☐ Kelly N. STEVENSON est infirmière et donne des cours aux étudiants infirmiers
- ☐ Susan M. JACK
- ☐ Linda O'MARA
- ☐ Jeannette LeGRIS

Le nom et type de revue :

La revue « BMC Nursing » est une revue scientifique accessible en libre accès. Elle traite de sujets infirmiers. (BMC Nursing. (2018). Accès <https://bmcnurs.biomedcentral.com>)

Le lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée au Canada dans le contexte du programme de soins de santé universel et public du Canada (centre-sud de l'Ontario).

Les objectifs pratiques :

Cette étude exploratoire a abordé les questions générales suivantes:

- ☐ Comment les infirmières décrivent-elles leurs expériences de la violence des patients dans les hôpitaux psychiatriques de soins de courte durée ?
- ☐ Comment les infirmières décrivent-elles les résultats professionnels et personnels de leur exposition à la violence et de leurs expériences ?
- ☐ Quelles stratégies les infirmières décrivent-elles comme influençant les pratiques actuelles de la violence des patients?

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Les infirmières qui travaillent en psychiatrie pour les soins de courte durée et qui connaissent un taux élevés de violence de la part des patients.

1.2.2 Question de recherche :

Elle n'est pas explicitement mentionnée mais nous pouvons la déduire :

- Quelle est l'exposition des infirmières à la violence d'un patient et quels sont les effets perçus sur sa santé, sur sa capacité à prodiguer des soins ou à participer activement à une relation thérapeutique avec le patient ?

1.2.3 Hypothèse de travail :

L'hypothèse de travail n'est pas nommée.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Pas de cadre théorique mentionné

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- Psychiatrie
- Impact de la violence envers les infirmiers

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les données ont été recueillies sur une période de neuf mois en 2013 au moyen d'entrevues individuelles et semi-structurées animées par l'auteur principal qui possède une expertise clinique en santé mentale.

Les entrevues ont été menées individuellement à l'endroit choisi par les participants ou par téléphone. Les entrevues téléphoniques ont permis d'accroître la capacité d'atteindre les participants géographiquement dispersés et d'améliorer la sécurité des intervieweurs. Les entrevues duraient en moyenne 60-90min.

Les entrevues ont été enregistrées sur bande audio et transcrites textuellement par l'auteur

principal, puis importées dans NVivo 10, un logiciel d'analyse de données qualitatives. Les données ont été analysées de manière inductive en utilisant une approche d'analyse de contenu conventionnelle dans laquelle les données étaient rassemblées puis codées en thèmes émergents.

1.3.2 Population de l'étude

Un échantillonnage de 12 infirmiers (8 femmes et 8 hommes) a accepté de participer à l'étude.

- ☐ 7 infirmiers
- ☐ 1 infirmière aux admissions
- ☐ 2 infirmières cliniciennes spécialisées
- ☐ 1 infirmière gestionnaire
- ☐ 1 infirmière enseignante en psychiatrie

Les critères d'inclusions étant les suivants :

- ☐ Détenir un diplôme d'infirmière autorisé dans sa province
- ☐ Parler couramment l'anglais
- ☐ Etre actuellement ou avoir été employée en tant qu'infirmière dans une unité de psychiatrie adulte au cours de ces 10 dernières années
- ☐ Avoir été victime de violence de la part d'un patient

Les critères d'exclusion étant les suivants :

- ☐ Etre engagé dans une procédure judiciaire en cours liée à un incident de violence de la part d'un patient (car tenu au silence lors d'affaires en cours)
- ☐ Pas de limite géographique

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les infirmiers participant ont chacun décrit la violence selon eux, et la définition différait donc d'un individu à l'autre.

Certains participants considèrent la violence comme involontaire et légitimée comme faisant part de leur maladie et diminuait donc le niveau de menace perçu.

Les émotions perçues lors des événements de violence étaient le choc, la peur, être engourdie, ne rien ressentir. La colère survenait souvent a posteriori.

Impact de la violence sur les infirmiers :

- La plupart des participants ont avoué avoir été hyper vigilants plusieurs mois après l'exposition à la violence tant au travail qu'en dehors.
- La prise d'alcool, de tabac et de substance ainsi qu'une mauvaise hygiène alimentaire font également partie des répercussions de la violence.
- Certains participants ont décrit la difficulté à se concentrer sur leurs tâches professionnelles quotidiennes et avoir eu la pensée peu claire après les incidents.
- Ils décrivent également une baisse de la confiance face à l'agresseur et ont avoué prendre de la distance par rapport à ce dernier. Cela a influencé les capacités des infirmiers à répondre aux signaux de détresse ou d'agitation des patients et a donc affecter leur capacité à prévenir la violence.
- Lorsque la violence était verbale, les participants ont décrit ressentir de la colère et de l'anxiété, se sentant personnellement visé. La relation soignant-soigné était souvent impactée suite à une violence verbale.
- Des participants ont refusé de travailler avec les agresseurs pendant quelques quarts de travail afin de fournir de la distance, de reprendre peu à peu le contact avec le patient et de retrouver une partie de leur confiance en soi. Souvent, ces interactions devenaient moins centrées sur la personne et plus axées sur les tâches, peut-être comme une stratégie d'autoprotection pour les infirmières, car elles devaient continuer à jouer leur rôle.
- Certains ont obtenu des injonctions restrictives contre le patient violent
- À la suite d'incidents avec violence du patient, les infirmiers ont décrit un changement dans leur comportement, comme être plus susceptibles, recourir à des médicaments et d'autres mesures coercitives comme moyen de contenir la violence, ou d'être moins susceptibles d'avoir recours à l'approche relationnel comme moyen d'éviter la violence. D'autres encore ont indiqué être plus prudents à l'égard des patients, essayant de faire des objections logiques et objectives.
- Effets à long terme :
 - SSPT, stratégies d'adaptation insuffisantes, épuisement professionnel, burnout

Les épisodes de violence recensés étaient de la violence qui a causé des blessures physiques. Les violences n'ayant entraîné aucune conséquence physique pour la victime ou la violence verbale ont souvent été « banalisées ».

Facteurs influençant la violence :

- liés aux patients :
 - pathologie psychiatrique
 - antécédents de violence
 - abus de substance
- liés au personnel infirmier :
 - communication entre le personnel infirmier
 - la participation au debriefing après l'épisode violent
 - qualité de l'évaluation du patient
- liés à l'unité de soin :
 - disponibilité du personnel infirmier
 - espace physique limité/restreint
 - disponibilité des activités pour les patients

1.4.2 Conclusions générales :

La violence, bien qu'étant un sujet récurrent en milieu clinique, les statistiques sont souvent biaisées en raison de la sous déclaration des épisodes de violence par les infirmières.

Au-delà des évidentes conséquences physiques telles que des blessures, la violence des patients possède un impact psychologique et professionnel important.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cet article nous permet de prendre connaissance de vécus d'infirmier ayant subi de la violence et d'identifier quels ont été les impacts sur leur santé et qualité de travail.

Il met également en lumière les facteurs pouvant déclencher des épisodes de violence.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- Difficulté à recruter en raison de la nature délicate et controversée du sujet d'étude, il en résulte donc un échantillon relativement petit.

- Les préjugés des bénévoles peuvent également exister au sein de l'échantillon, car ceux qui sont intéressés par le sujet peuvent être plus disposés à participer et affectant la capacité des participants à se souvenir des événements avant la collecte des données.
- La triangulation des résultats avec les politiques organisationnelles et les rapports d'incidents auraient pu améliorer certains éléments des résultats, mais n'ont pas été réalisés en raison de leur faisabilité. Alors que l'échantillon ne comptait que 12 participants, des événements multiples ont été explorés et décrits, reflétant la diversité des expériences.

2.3 Pistes de réflexion :

L'article relate que les infirmiers participants décrivent l'importance de la prévention primaire, secondaire et tertiaire de la violence.

Fiche de lecture :

Mistler, L.A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M.F. & Friedman, M.J. (2017). Mobile mindfulness intervention on an acute psychiatric unit : Feasibility and acceptability study. *JMIR Mental Health*, 4(3), 1-10. doi:10.2196/mental.7717

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs : (se référer en haut de la page 1). Cet article est écrit par cinq auteurs:

- Lisa A MISTLER – Master of Science (MSc) Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Concord, NH, United States
- Dror BEN-ZEEV – PhD et Director, mHealth for Mental Health Program, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington, Seattle, WA, United States
- Elizabeth CARPENTER-SONG – PhD Department of Anthropology, Dartmouth College, Hanover, NH, United States
- Mary F BRUNETTE - Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Lebanon, NH, United States
- Matthew J FRIEDMAN – PhD Dartmouth-Hitchcock Medical Center, Department of Psychiatry, Geisel School of Medicine at Dartmouth, Lebanon, NH, United States

Le nom et type de revue :

La revue « JMIR Mental Health » est un journal de recherche médicale sur internet (JMIR = Journal of Medical Internet Research) se concentrant sur les interventions, technologies et innovations digitales pour la santé mentale, les addictions et des conseils en lignes (JMIR Mental health, 2018, traduction libre, accès <https://mental.jmir.org/about/editorialPolicies#focusAndScope>)

Le lieu de l'étude :

L'étude se déroule aux Etats-Unis.

Les objectifs pratiques : (il se retrouve dans le résumé à la page 47) :

Examiner la faisabilité, l'utilité et l'acceptabilité d'une application mobile de méditation de mindfulness (pleine conscience) dans le but de réduire la colère et les agressions chez les patients hospitalisés avec des diagnostics psychiatriques (schizophrénie, troubles schizo-affectif, troubles bipolaires et antécédents de violence).

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche :

Une application mobile de médiation par mindfulness (Headspace)

1.2.2 Question de recherche :

La question de recherche n'est pas mentionnée.

1.2.3 Hypothèse de travail :

Prouver l'utilité et faisabilité d'une application mobile de médiation par mindfulness (Headspace) pour réduire les risques d'agression chez des patients psychiatriques.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche :

Le cadre théorique n'est pas mentionné.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés :

- Méditation par mindfulness
- Violence des patients psychiatriques

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont utilisé la « méthode de l'entrevue semi-structurée ».

1.3.2 Population de l'étude

Critères d'inclusion :

- Patients avec un diagnostic de schizophrénie, troubles schizo-affectif, troubles bipolaires et antécédents de violence (dans les 6mois)
- Agé de 18 à 65 ans
- Avoir un niveau de 6th grade au minimum (correspond à la 8^{ème}-9^{ème} du niveau

système scolaire à Genève = fin école primaire, début du cycle d'orientation)

Critères d'exclusion :

- ☐ Avoir une diminution de l'acuité auditive ou visuelle, souffrir de difficultés motrices empêchant l'utilisation d'un téléphone portable

Sur un total de 50 individus, 12 participants ont été retenus, 10 ont effectué l'étude en entier.

- ☐ 10 hommes
- ☐ l'âge moyen était de 33.4ans
- ☐ 75% était sans emploi
- ☐ 100% avaient des antécédents d'hospitalisations psychiatriques (dont 42% dans l'année)
- ☐ 50% des patients souffraient de troubles schizo-affectif, 25% bipolaires et 25% schizophrènes

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche :

Les participants ont dû noter l'application de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord » sur 26 items (tableau p.4) :

- ☐ une grande majorité a trouvé l'application facile d'utilisation et la recommanderait

Applications thérapeutiques :

- ☐ Meilleure capacité à se concentrer
- ☐ Les techniques de respiration aident à un meilleur contrôle de la colère, à réduire l'anxiété et à améliorer l'humeur (p.4)
- ☐ Les symptômes actifs de la maladie n'étaient pas un frein à l'utilisation de l'application (p.4)
- ☐ Les participants ont trouvé que l'application permettait d'être plus conscient de leurs symptômes, des pensées intrusives (p.4)
- ☐ La littérature dit que les périodes d'inactivités et l'ennui ont tendance à augmenter les

agressions et la violence, cette étude renforce donc que l'application permettait de remplir les journées des participants et donc réduire l'ennui et par conséquent la violence

- ☐ Utiliser des compétences et interventions alternatives plutôt qu'utiliser les médicaments pour traiter l'anxiété, l'insomnie, l'agressivité et l'humeur est plus sûre et à tendance à mener à des meilleurs résultats sur le long terme (traduction libre, p.6)
- ☐ Cela permet également d'encourager l'autonomisation dans la gestion des symptômes et dans la participation de la santé des patients psychiatriques.

Barrières à l'utilisation :

- ☐ Bruits et atmosphère pas assez privée pour utiliser l'application (p.4)
- ☐ Le manque de connexion wifi dans l'établissement ne permettait pas aux participants de passer à l'étape suivante sans que l'assistant de recherche le débloque pour eux, ce qui était un peu frustrant (p.4)
- ☐ Malgré cela, tous les participants ont réussi à trouver un moyen de pouvoir utiliser l'application (p.4)

Suggestions d'adaptation du programme (pp.5-6) :

- ☐ Rendre le programme plus interactif avec les autres participants (possible avec connexion wifi)
- ☐ Avoir d'autres applications disponibles sur le téléphone prêté (comme des jeux par exemple)
- ☐ Inclure plus de choix de programmation de l'application (par ex : choisir la voix des méditations)

Approbation de l'utilisation pour les pairs :

- ☐ La plupart des participants recommanderaient l'application aux autres.

1.4.2 Conclusions générales :

Cette étude est la première à tester la faisabilité commerciale d'une application en tant qu'intervention dans des unités d'hospitalisations psychiatriques.

L'étude a démontré que les techniques de mindfulness permettaient un meilleur sommeil, réduisaient l'anxiété, et qu'aucun épisode de violence ne s'est déroulé durant la période d'utilisation de l'application.

1.5 Ethique

La confidentialité des participants est tenue.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article :

Cette étude nous permet de nous questionner sur l'utilité de techniques de « médecines alternatives » dans le but de réduire la violence des patients psychiatriques.

2.2 Limites (méthodologiques ou de connaissances) :

- ☐ L'échantillon de participant est relativement petit
- ☐ Il est possible qu'il y ait eu des biais de réponses dans les entretiens qualitatifs car ils étaient menés par l'équipe d'assistant de recherche et non un interviewer indépendant (p.7)

2.3 Pistes de réflexion :

L'article encourage l'utilisation de méthodes alternatives plutôt que la médication pour résoudre les troubles de sommeil, d'anxiété, de colère, de violence,...

Fiche de lecture

Jacob, J.-D. (2014). Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. *Journal of Correctional Health Care*, 20(1), 45-58. doi :10.1177/1078345813505444

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cet article a été écrit par un auteur, de l'université de Ottawa :

Dr Jean Daniel Jacob est professeur agrégé à l'école des sciences infirmières de la faculté de l'université d'Ottawa. Son travail s'appuie sur des approches critiques et sociopolitiques dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques et aborde également des questions liées au pouvoir, à l'éthique et à la gestion des risques de violence. Il est aussi président du conseil d'administration des Droits-Accès Outaouais.

1.1.1 Le nom et type de revue

« Journal of correctional health care » est un journal trimestriel sur les soins de santé révisé par les pairs qui publie des articles quatre fois par année dans le domaine des soins de santé en milieu correctionnel. Le rédacteur en chef est John R. Miles. Il a été créé en 1994 et est actuellement publié par SAGE Publications en association avec la commission nationale sur les soins de santé correctionnels. [page web].

Accès : https://en.wikipedia.org/wiki/Journal_of_Correctional_Health_Care

1.1.2 Le lieu de l'étude

Le cadre institutionnel dans lequel l'étude a été effectuée sont divers cabinets privés.

1.1.3 Les objectifs pratiques

Le but de l'étude était d'examiner les tensions qui existent entre les soins et la garde en milieu correctionnel en présentant les possibilités de la pratique en soins infirmiers psychiatriques dans ce milieu.

Nous pouvons également les retrouver en page 47 intitulé « Methodological considerations ».

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique



1.2.1 Objet de la recherche

Cet article cherche à examiner les tensions qui existent entre les soins et la garde dans les milieux correctionnels en présentant les (im) possibilités de la pratique des soins infirmiers psychiatriques dans ce contexte.

1.2.2 Question de recherche

Comment les infirmières peuvent-elles équilibrer le besoin institutionnel d'assurer un contrôle social tout en maintenant un environnement thérapeutique conforme aux idéaux de soins infirmiers ? (p.46).

1.2.3 Hypothèse de travail

L'hypothèse de travail est décrite en plusieurs points : 1. L'environnement correctionnels et l'aliénation professionnel. 2. L'effet de la dissonance cognitive. 3. Les effets dynamiques de la méfiance. (pp. 47- 53).

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

À la lumière de la théorie de Festinger (1957), le sentiment d'éloignement exprimé par certains membres du personnel infirmier peut être expliqué (théoriquement) par le concept de dissonance cognitive.

De manière générale, les individus cherchent à créer une cohérence entre leurs connaissances, leurs croyances et leurs actions (Festinger, 1957). La dissonance cognitive se produit lorsque les personnes reçoivent des informations contradictoires ou lorsqu'elles sont invitées à exécuter certaines tâches en conflit avec leurs croyances ou leur système de valeurs. (p.50)

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les principaux concepts utilisés sont : L'environnement correctionnel et l'aliénation professionnel ; l'effet de la dissonance cognitive ; les effets dynamiques de la méfiance.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteures ont utilisé la « méthode de l'entrevue semi-structurée » et l'additionne aux collectes de données. L'analyse des données ont été menées simultanément afin de rester empiriquement enracinées dans les récits des participants. En page 47, sous le paragraphe « methodological considerations », elles précisent le déroulement de l'étude.

1.3.2 Population de l'étude

25 infirmières volontaires ont participé à l'étude, durant des entretiens de 60 minutes dans des cabinets privés.

Le critère de sélection était : Une volonté de la part des infirmières.

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une recherche qualitative de type phénoménologique où « le chercheur engage un dialogue coopératif avec le collaborateur qui accepte de partager son vécu ». Elles justifient le nombre restreint de participants.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Comme le relève l'auteur, trois grands thèmes ont émergé, à savoir :

1. Environnements correctionnels et aliénation professionnelle

→ Les infirmières font face à plusieurs difficultés inhérentes à l'environnement sécurisé. L'imposition d'une distance (à la fois physique et psychologique) entre le personnel infirmier et les détenus à des fins de sécurité est l'une des principales difficultés rencontrées en milieu correctionnel. Les aspects « pastoraux » et dialogiques des soins psychiatriques exigent de se rapprocher plutôt que de rester à distance des patients. Les données appuient le fait qu'il est extrêmement difficile d'établir une relation thérapeutique entre infirmière et détenus psychiatrique puisque les termes de l'organisation renforcent l'établissement d'une séparation.

2. Effet de la dissonance cognitive

→ Les participants de la recherche, ont perçu un écart entre les valeurs des établissements correctionnels et leurs propres normes professionnelles, ce qui a produit une forme d'éloignement avec leurs conceptions originales de leurs rôles d'infirmières. La dissonance cognitive se produit lorsque des personnes reçoivent des informations contradictoires ou lorsqu'elles sont invitées à effectuer certaines tâches qui sont en conflit avec leurs croyances ou leur système de valeurs.

3. Effets dynamiques de la méfiance

→ En explorant la relation thérapeutique, la congruence et l'authenticité de la part des infirmières, semblent tous souligner l'importance d'une interaction transparente et sans ambiguïté. L'authenticité d'une relation est relative car les interactions entre l'infirmière et le patient sont influencées par des limites personnelles et professionnelles. Les infirmières peuvent concevoir leurs patients comme dangereux, manipulateurs et menteurs, et par conséquent, craignent d'être vaincus, utilisés et maltraités par les patients.

1.4.2 Conclusions générales

Elles peuvent se retrouver au début du paragraphe intitulé « Final Remarks » en page 55, à savoir que « certains infirmiers psychiatriques médico-légaux sont capables de reconstruire leurs soins afin d'éviter quelque peu les méthodes correctionnelles de fonctionnement et de mise en œuvre des processus infirmiers ».

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Pas d'information

1.5 Ethique

« Étant donné le caractère hautement sensible de la recherche menée dans un environnement correctionnel (Renzetti et Lee, 1993), la protection des participants et la confidentialité de leurs déclarations étaient des priorités. Les entrevues ont été menées dans des cabinets privés et les participants ont reçu un code alphanumérique qui empêchait toute forme d'identification dans la diffusion des résultats ». (P. 47)

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Cet article nous permet de mieux appréhender les problématiques des pratiques actuelles et d'offrir une recette prescriptive sur les modes de fonctionnement clinique.

2.2 Limites

L'auteur mentionne les limites de l'études comme étant méthodologique et théorique.

Méthodologique→ Il y a certaines limites car, il a exclu de la collecte de données les infirmières qui ne se sentaient pas confiantes en ce qui concerne les questions de confidentialité. Les participants potentiels ont pu voir le processus d'entrevue et son manque d'anonymat comme une menace professionnel, considérant les interviews comme étant plutôt individuelle.

Théorique→ Les résultats ont été influencés par les valeurs du chercheur, ses expériences cliniques et ses influences théoriques. Ces éléments constituent des limites dans la mesure où ils ont influencé l'interprétation des données ainsi que la sélection d'extraits d'entrevues spécifiques pour créer les catégories descriptives. Il est donc important de noter que les résultats de cette recherche peuvent ne pas refléter les croyances et les expériences de tout le personnel infirmier travaillant à l'hôpital médico-légal et que les résultats représentent l'interprétation du chercheur

2.3 Pistes de réflexion

Dans le dernier paragraphe, Selon Mason et Mercer (1998), l'émergence de la psychiatrie médico-légale, dans le vaste domaine de la psychiatrie, est relativement récente. Mais l'expansion continue de la psychiatrie médico-légale, associée à la médicalisation de la criminalité, exige que les professionnels exercent de plus en plus des fonctions liées à la fois au contrôle social et aux soins. Cette recherche révèle que les infirmières qui ne sont pas d'accord avec l'ordre correctionnel tente de réduire la distance imposée par une

« reconstruction » attentive de leurs soins.

Les résultats de cette recherche peuvent servir d'outil pour problématiser les pratiques actuelles plutôt que d'offrir une recette prescriptive sur les modes de fonctionnement clinique.

Fiche de lecture

Oates J. ; Drey N. ; Jones J. (2017). Your experiences were your tools'. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. Journal of psychiatric and mental health nursing, (24), 471-479

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cet article a été écrit par trois auteurs : J.Oates, N.Drey et J.Jones.

Dr Jennifer Oates est chargée de cours en soins infirmiers en santé mentale, avec une formation clinique en psychiatrie de liaison et en santé mentale communautaire. Sa thèse de doctorat portait sur la santé mentale et le bien-être des infirmières.

Parallèlement à son enseignement et à ses recherches, le Dr Oates siège au conseil d'administration du groupe de mise en service clinique de Brighton et Hove. En outre, elle est conseillère spécialisée et examinatrice de la santé mentale auprès de la Care Quality Commission.

Dr Oates a été formée à Leeds après avoir débuté sa carrière d'infirmière en tant qu'assistante de soins dans un foyer pour personnes âgées. Elle a travaillé à l'hôpital St James et à l'infirmerie générale de Leeds avant de déménager à Londres pour travailler au service des urgences du Royal London Hospital de Whitechapel. Elle a par la suite occupé divers postes à la fondation de la fondation NHS de Camden et d'Islington, à la City University de Londres, au Nursing and Midwifery Council et à l'université de Hertfordshire.

Accès : <https://www.kcl.ac.uk/nursing/departments/mental-health/people/jennifer-oates.aspx>

Dr Nicholas Drey est maître de conférences en recherche sur les services de santé où il se concentre sur les méthodes quantitatives et l'éthique de la recherche. Auparavant, il a exercé des fonctions académiques au département de sage-femme (City University London) et au département de médecine de santé publique de l'école de médecine de l'université de Southampton. Il a également travaillé au NHS du département de santé publique de la Wessex Regional Health Authority et dans l'industrie pharmaceutique pour Eli Lilly.

Accès : <https://www.city.ac.uk/people/academics/nicholas-drey>

Julia Jones Julia Jones est chargée de cours sur l'expérience des patients et la participation du public au Centre de recherche en soins primaires et communautaires (CRIPACC) de l'École de santé et de travail social. Julia dirige l'unité de recherche sur l'expérience du patient et la

participation du public au CRIPACC et préside le groupe de participation du public à la recherche et le groupe central d'utilisateurs de services et de soignants qui coordonne la participation des usagers et des aidants à l'École de santé et de travail social. Julia est géographe de la santé et a travaillé principalement dans le domaine de la recherche en santé mentale. Sa thèse de doctorat a exploré les réformes de la santé mentale en Grande-Bretagne et en Italie d'un point de vue géographique et elle est retournée en Italie en 2003-2005 avec une bourse postdoctorale Marie Curie organisée par l'Université de Vérone, en Italie. Julia a ensuite travaillé à la City, à l'Université de Londres de 2005 à 2016, où elle a occupé plusieurs postes de recherche et de conférences avant de rejoindre l'Université de Hertfordshire en 2016.

Accès : [http://researchprofiles.herts.ac.uk/portal/en/persons/julia-jones\(e57d2e56-bec2-4bb7-b709-4f04151ce555\).html](http://researchprofiles.herts.ac.uk/portal/en/persons/julia-jones(e57d2e56-bec2-4bb7-b709-4f04151ce555).html)

1.1.1 Le nom et type de revue

La revue « Journal of psychiatric and mental health nursing » est un journal des soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale. C'est un journal médical bimensuel révisé par des pairs qui couvre les soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale. Il a été créé en 1994 et est publié par John Wiley & Sons. Le rédacteur en chef est Lawrie Elliott (Glasgow Caledonian University).

Accès : https://en.wikipedia.org/wiki/Journal_of_Psychiatric_and_Mental_Health_Nursing

1.1.2 Le lieu de l'étude

L'étude a été menée au sein des services de santé mental au Royaume-Uni.

1.1.3 Les objectifs pratiques

Le but de l'étude était d'explorer et de décrire l'étendue et l'influence des expériences personnelle de santé mentale des professionnels en santé mentale sur la pratique clinique.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Explorer et décrire les expériences des infirmières en santé mentale sur les agressions de patients.

1.2.2 Question de recherche

Dans cette étude, ils ont cherché à explorer l'effet de l'expérience personnelle de la maladie mentale sur le travail de santé mentale du MHN.

1.2.3 Hypothèse de travail

Il n'y a pas de bonne façon d'intervenir thérapeutiquement avec un comportement perturbé. Les infirmiers psychiatriques en santé mentale évaluent l'humeur, l'état mental et la présentation des patients, suivent les lignes directrices ou les normes de soins, recherchent des interventions plus efficaces et mesurent les résultats des interventions.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Pas d'information.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les participants ont déclaré que l'expérience personnelle pouvait avoir un impact positif sur le travail lorsque les MHN ont puisé dans cette expérience pour développer leur relation avec les utilisateurs de services, améliorer leur compréhension des utilisateurs de services ou motiver les MHN potentiels à rejoindre la profession. « Amener les expériences au travail » est apparu comme un thème central au cours de l'analyse : avec des sous-thèmes de la divulgation et du franchissement des frontières ; utilisation de soi et identité infirmière.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les auteures ont utilisé la méthode séquentielle mixte, sur le bien-être subjectif et la santé mentale, pour la récolte de données. La première phase était une enquête en ligne auprès de 237 membre du MHN de deux associations professionnelles nationales. Dans la deuxième phase de l'étude, un échantillon délibéré de 27 RSM ayant rapporté à la fois un bien-être subjectif élevé et une expérience personnelle de maladie mentale ont participé à des entretiens semi-structurés entre juillet 2012 et février 2014. Ils ont été transcrits et analysés entre février 2014 et septembre 2015. Le nombre d'entrevues a été déterminé par le nombre de répondants au sondage qui répondaient aux critères de l'échantillon et qui étaient prêts à participer dans une interview (pp. 472-473)

1.3.2 Population de l'étude

Les participants étaient 22 femmes et 5 hommes. Ils avaient travaillé comme MHN entre quelques mois et 26 ans. Plusieurs d'entre eux avaient plus d'un type d'expérience personnelle de mauvaise santé mentale, à la fois dans le passé ou le présent, soit de leur propre chef ou de membre de la famille proche. Des entrevues en personne ont été réalisées avec 12 infirmières et 15 entrevues ont été réalisées par Skype.

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une étude séquentielle de méthodes mixtes.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Les principaux résultats de cette étude sont : l'expérience personnelle éclair la pratique des soins infirmiers en santé mentale de nombreuses façons. Elle crée de la compréhension et de l'empathie pour les utilisateurs des services de santé mentale et, dans certaines circonstances, elle est perçue comme conférant de la crédibilité aux RSM lorsqu'ils s'adressent à ceux qui en ont la charge. Une conceptualisation révisée des professionnels de la santé mentale ayant des problèmes de santé mentale est nécessaire, dans laquelle l'expérience de la maladie mentale est contextualisée par les autres influences personnelles sur la pratique de travail des professionnels et par les situations et relations où l'expérience personnelle est ouverte-fermée.

1.4.2 Conclusions générales

L'étude constate que l'expérience personnelle éclair la pratique des soins infirmiers en santé mentale de nombreuses façons. L'expérience personnelle de la maladie mentale crée de la

compréhension et de l'empathie pour les utilisateurs des services de santé mentale et, dans certaines circonstances, elle est perçue comme conférant de la crédibilité. La notion d'expérience de mauvaise santé mentale informant les contacts thérapeutiques au sein de la pratique des soins infirmiers en santé mentale devrait être contextualisée dans le contexte plus large du personnel infirmier se servant de lui-même et de son expérience dans son travail.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Les conclusions de cette étude viennent s'ajouter au corpus international de preuves en montrant que l'utilisation judicieuse de soi fait partie de la pratique clinique des infirmières en santé mentale. La divulgation délibérée de l'expérience n'était qu'un moyen parmi d'autres pour les infirmières de cette étude de tirer parti de leur expérience subjective dans leur travail. Cette étude oriente davantage la discussion sur l'état de santé mentale des infirmières de santé mentale vers le rétablissement et le bien-être des soins de santé mentale contemporains, en la mettant en phase avec les discussions sur les bénéfices potentiels des expériences vécues sur le travail en santé mental.

1.5 Ethique

La confidentialité et l'anonymat des participants ont été maintenus grâce à l'utilisation de pseudonymes tout au long de l'analyse et du compte rendu. Tous les participants ont reçu des informations sur la portée de l'étude et ont donné leur consentement pour y participer. Les participants ont été avisés que la confidentialité serait maintenue à moins qu'ils ne les divulguent à l'intervieweur à propos d'eux-mêmes ou qu'une autre personne risque de subir un préjudice immédiat. Les participants ont également reçu des informations sur la façon d'accéder à de l'aide pour leurs propres problèmes de santé mentale afin de faire face aux risques potentiels de participer à l'étude (P. 473).

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article



Cette étude est pertinente pour la pratique, le recrutement et la formation en soins infirmiers en santé mentale car elle identifie les façons dont l'expertise des infirmières par expérience des problèmes de santé mentale informe leur pratique, de façon manifeste et subtile. Reconnaître l'impact de l'expérience personnelle sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale est essentiel à la collaboration axée sur le rétablissement et la collaboration avec les utilisateurs de services.

2.1.2 Limites

L'étude est limitée par l'accent mis sur les participants MHN du Royaume-Uni.

La mesure dans laquelle les points de vue des participants peuvent refléter ceux des infirmières sans expérience de la santé mentale n'a pas été évaluée et pourrait seulement être trouvée par une étude plus approfondie

2.1.3 Pistes de réflexion

Cette étude est pertinente pour la pratique, le recrutement et la formation en soins infirmiers en santé mentale car elle identifie les façons dont l'expertise des infirmières par expérience des problèmes de santé mentale informe leur pratique, de façon manifeste et subtile. Reconnaître l'impact de l'expérience personnelle sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale est essentiel à la collaboration axée sur le rétablissement et la collaboration avec les utilisateurs de services. Cette étude devrait mener au débat au sein de la profession sur la divulgation, l'ouverture et l'utilisation de soi dans le travail infirmier en santé mentale.

Fiche de lecture

Baby, M. & Glue, P. & Carlyle, D. (2014). Violence is not Part of Our Job : A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses, Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35. 647-655. doi : 10.3109/01612840.2014.892552

1. Démarche descriptive

1.1 Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Cet article a été écrit par trois auteurs : Maria Baby, Paul Glue et Dave Carlyle.

Les recherches du professeur Glue portent sur la science clinique et fondamentale. Ses domaines d'intérêt comprennent la pharmacologie des traitements médicamenteux en psychiatrie et l'étude des mécanismes de la maladie dans les troubles neurologiques et psychiatriques. Il s'intéresse également aux aspects techniques de la conception des essais cliniques, notamment la simulation et la modélisation des essais. Il a beaucoup publié, avec plus de 250 articles et chapitres de livres à son actif.

Accès : <https://www.otago.ac.nz/dsm/people/expertise/profile/?id=821>

Dave Carlyle s'intéresse à la pratique infirmière avancée en santé mentale, à la gestion de cas et au développement de programmes de soins contemporains pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (DBP).

Son domaine de recherche est axé sur l'application du traitement basé sur la mentalisation (psychothérapie) en conjonction avec un traitement psychiatrique standard dans les soins des personnes BPD.

Il s'intéresse également au contexte social des soins infirmiers en santé mentale et à l'analyse du discours.

Il est co-responsable de trois articles sur les soins infirmiers en santé mentale.

Accès : <https://www.otago.ac.nz/christchurch/departments/psychmed/people/otago011222.html>

Maria Baby, pas d'information la concernant.

1.1.1 Le nom et type de revue

Informa Healthcare est un journal qui combine l'expertise et l'influence d'un grand éditeur mondial avec le soin personnel d'un partenaire d'édition de niche pour fournir des informations à haut rendement et de haute qualité aux communautés d'abonnés et de lecteurs.

Grâce au portefeuille complet de revues, ils offrent aux communautés scientifiques et professionnelles un accès à des contenus évalués par des pairs sur des recherches de pointe dans un large éventail de disciplines thérapeutiques, du laboratoire au patient. Parmi les titres les plus populaires, ils citent la série Critical Review, la série Expert Opinion, la MPOC, le professeur de médecine, le CMRO, les examens du métabolisme des médicaments et la leucémie et le lymphome.

Revue de littérature, étude qualitative. L'analyse thématique comme processus de codage de l'information qualitative où le chercheur développe des codes, des mots ou des phrases qui servent d'étiquettes pour des sections de données.

1.1.2 Le lieu de l'étude

L'étude a été menée au sein des services de santé mentale d'un grand hôpital régional en Nouvelle-Zélande.

1.1.2 Les objectifs pratiques

Le but de cette étude était d'explorer et de décrire les expériences des infirmières en santé mentale sur les agressions des patients.

1.2 L'objet de l'article et le cadre théorique

1.2.1 Objet de la recherche

Le but de l'étude était d'explorer et de décrire les expériences des infirmières en santé mentale, par rapport aux agressions des patients.

1.2.2 Question de recherche

Le but de l'étude était d'explorer et de décrire les expériences des infirmières en santé mentale, par rapport aux agressions des patients.

1.2.3 Hypothèse de travail

Les entrevues ont été transcrites textuellement et des sous-thèmes possibles ont été identifiés à l'aide des trois étapes du développement thématique de Boyatzis (1998). La phase suivante du processus analytique a consisté à regrouper des sous-thèmes connexes pour développer des thèmes. Le processus analytique réflexif en cours de l'analyse thématique a abouti à l'émergence de trois thèmes globaux avec 24 sous-thèmes. Les trois thèmes identifiés se sont révélés robustes et leurs significations de base et leurs titres ont été maintenus tout au long de l'étude avec seulement des changements subtils. Un autre aspect important de cette phase d'analyse a consisté à attribuer des sous-thèmes à un seul thème. Cela a été favorisé par les définitions claires et les raffinements dans les significations attachées aux sous-thèmes.

1.2.4 Cadre théorique de la recherche

Pas d'information.

1.2.5 Principaux concepts et/ou notions utilisés

Cette étude a révélé que l'expérience d'être agressé comme étant partagé par les participants est une relation interdépendante des trois thèmes principaux, qui sont les principaux résultats. L'analyse intégrée des trois thèmes a identifié quatre composantes préordres du cycle de la violence en milieu de travail, à savoir les précurseurs, la nature de la violence, les éléments de définition et les conséquences.

1.3 Méthodologie de la recherche

1.3.1 Outil pour la récolte de données

Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées qui ont été enregistrées sur bande sonore et transcrites textuellement. Ils ont duré en moyenne 30 à 40 minutes.

Les entrevues ont été identifiées à l'aide de trois étapes du développement de Boyatzis (1998). Le processus analytique à consister à regrouper des sous-thèmes connexes pour développer des thèmes. Le processus analytique a fait émerger trois thèmes avec 24 sous-thèmes, chaque sous-thème a été attribué à un thème principale.

1.3.2 Population de l'étude

Les participants à l'étude comprenaient à la fois des infirmières immatriculées et des infirmières autorisées (Licensed Practical Nurses, c'est-à-dire des infirmières auxiliaires autorisées aux États-Unis), dont le champ d'exercice leur permettait de travailler dans les services de santé mentale. Les domaines de pratique des participants comprenaient à la fois des milieux communautaires et des patients hospitalisés et leurs postes étaient soit en tant que personnel clinique ou dans des rôles de gestion.

1.3.3 Type d'analyse

Il s'agit d'une revue de littérature, une étude qualitative. L'analyse thématique comme un processus de codage de l'information qualitative où le chercheur développe des codes, des mots ou des phrases qui servent d'étiquettes pour des sections de données.

L'analyse thématique était la méthode la plus appropriée, car c'est une méthode plus souple qui permet une communication plus aisée des résultats, l'interprétation des significations et une compréhension globale du phénomène. L'analyse thématique peut être inductive ou déductive lorsque le chercheur se déplace entre les nouveaux concepts et les données. L'induction thématique crée des thèmes, tandis que la déduction les vérifie. Une approche inductive a été adoptée car le pouvoir exploratoire de cette technique a permis au chercheur de commencer l'analyse avec le minimum conceptuel.

1.4 Présentation des résultats

1.4.1 Principaux résultats de la recherche

Les résultats ont été classés sous 3 thèmes.

Thème 1 : *Nature des agressions* → La nature des agressions et de la violence était liée directement ou indirectement à de nombreux facteurs, tels que : traits de personnalité, l'expertise professionnelle, les rôles cliniques, les facteurs statiques et dynamiques.

Thème 2 : *Impact des agressions* → La violence au travail en santé mentale est un problème important qui a des répercussions sur les différentes facettes de la vie. Elle peut avoir un impact sur la vie affective des individus et les conséquences comprennent : la peur de soi, l'anxiété, la frustration, la vulnérabilité, la rancune, la détresse et la colère. Ce qui amène, au long terme, à un changement personnel et professionnel.

Thème 3 : *Stratégies de soutien* → L'importance de soutenir les infirmières agressées dans tous les aspects de la vie vers le rétablissement. Le soutien par les pairs est la stratégie la

plus courante car elle a une grande disponibilité et une proximité facile d'accès. Le soutien de la direction étant meilleure que les années précédentes pourraient apporter encore plus de soutien, selon les participants. La supervision clinique et le débriefing, sur le stress des incidents ont des influences positives en termes de soutien et a été renforcé.

1.4.2 Conclusions générales

Cette étude a permis d'explorer les expériences des infirmières en matière d'agression perpétrée par des patients et a proposé des solutions potentielles au problème. Les infirmières ont tout intérêt à lutter contre la violence au travail et devraient être des partenaires engagés dans la campagne contre la violence au travail, si l'on veut réduire la violence et ses conséquences négatives. Nous espérons que cette recherche apportera des informations importantes et des liens significatifs qui aideront à garder la question de la violence à l'avant-plan et aideront à façonner notre compréhension de la violence au travail, en particulier dans le contexte des soins infirmiers.

1.4.3 Particularité ou l'originalité de leur étude

Pas d'information

1.5 Ethique

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique, la division de recherche Maori et le DHB. Après avoir obtenu l'approbation, des affiches ont été affichées dans tous les domaines de la santé mentale du DHB en invitant les participants.

2. Démarche interprétative

2.1. Apports de l'article

Les stratégies de reconnaissance, de prévention et de gestion de la violence au travail sont des défis constants au sein de la profession infirmière et le manque de recherche sur la violence au travail en Nouvelle-Zélande accentue le problème. D'autres recherches sur la violence au travail sont suggérées pour fournir une image holistique de la violence contre les infirmières dans différentes cohortes et de son impact. Il est nécessaire de fournir un cadre solide et sensé pour faciliter notre compréhension du phénomène complexe. L'élaboration de

politiques et de programmes de gestion pertinents au problème doit être fondée sur des liens solides entre la cause et l'effet de la violence au travail.

2.1.2 Limites

Cette étude était une petite étude qualitative, limitée à 14 participants et limitée à un DHB. Cependant, l'intention était de ne jamais mener une étude généralisable. Tous les participants à l'étude travaillaient actuellement dans le secteur des services de santé mentale. Il aurait été intéressant de connaître les expériences et les points de vue des infirmières qui ont quitté la profession à cause de la violence, pas nécessairement à des fins de comparaison, mais d'obtenir une image complète de l'intensité du problème.

2.1.3 Pistes de réflexion

Il aurait été intéressant de connaître les expériences et les points de vue des infirmières qui ont quitté la profession à cause de la violence, afin d'obtenir une image complète de l'intensité du problème.