



Déception professionnelle chez le personnel infirmier des urgences : Une étude qualitative et descriptive

By Jiun-yi Zullo¹, MN, I.A., Lynn Corcoran², Ph.D., I.A., et Karen Cook³, Ph. D., I.A.

¹ Auteure principale/correspondante : IA aux services des urgences chez Lakeridge Health, Diplômée d'une maîtrise en sciences infirmières à la Faculté des sciences de la santé, Athabasca University, 1 University Drive, Athabasca, Alberta, Canada, jzullo1@athabasca.edu

² AProfesseure agrégée, Faculté des sciences de la santé, Athabasca University, 1 University Drive, Athabasca, Alberta, Canada, lynnc@athabascau.ca

³ Professeure agrégée, Faculté des sciences de la santé, Athabasca University, 1 University Drive, Athabasca, Alberta, Canada, kcook@athabascau.ca

Résumé

Contexte : La déception professionnelle est une nouvelle notion dans les soins infirmiers d'urgence. C'est le sentiment d'être découragé par son choix de carrière. Elle découle d'une violence verbale répandue et non traitée dans le service des urgences, infligée aux infirmières par les patients ou leurs visiteurs. La déception professionnelle est une notion différente de l'épuisement professionnel et de la fatigue de la compassion. Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, il faut reconnaître ce phénomène et comprendre ses implications tout en envisageant des stratégies pour l'atténuer.

Méthodes : Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé une méthodologie qualitative descriptive. Les infirmières ont été interrogées afin d'explorer la question suivante : comment les infirmières des services d'urgence vivent-elles la déception professionnelle suite à la violence verbale ?

Constatations : On a identifié trois thèmes clés : (1) les expériences des infirmières en matière de déception professionnelle ; (2) les réponses des infirmières à la déception professionnelle ; (3) les préoccupations des infirmières concernant la déception professionnelle. Bien que des politiques organisationnelles soient en place pour faire face à la violence verbale, l'élaboration

d'une procédure jointe à la politique permettrait de guider les infirmières dans la gestion de cette violence. Le défaut de mise en œuvre de ces mesures par les infirmières-chefs contribue à la déception professionnelle des infirmières, ce qui affecte leur pratique, leur santé mentale et leur maintien en poste. Même si ces conséquences ne sont pas nouvelles, la pandémie de COVID-19 a accentué ce phénomène. L'ampleur de la violence verbale à laquelle les infirmières d'urgence sont actuellement confrontées a augmenté en flèche ; cela confère une nouvelle urgence à l'action stratégique.

Conclusion : La déception professionnelle est une conséquence qui résulte directement de la violence verbale et indirectement de l'incapacité de l'organisation à soutenir les infirmières et à leur donner les moyens d'atténuer cette violence.

Mots clés : Service d'urgence, Personnel infirmier d'urgence, Déception professionnelle, Abus verbal, Violence verbale

Les travailleurs de la santé sont fréquemment victimes de violences verbales. Le personnel infirmier travaillant dans les services d'urgence est particulièrement vulnérable à ce type de violence (Al-Shamlan et coll., 2017 ; Partridge et Affleck, 2017). Le personnel infirmier des services d'urgence est visé par la violence verbale parce qu'il prodigue des soins à des patients

tendus ou agressifs, ainsi qu'à ceux qui sont sous l'influence de drogues ou d'alcool (Al-Shamlan et coll., 2017; Banda et coll., 2016; Copeland et Henry, 2017; Partridge et Affleck, 2017; Pich et coll., 2017; Zhang et coll.). Pour certains membres du personnel infirmier des services d'urgence, la violence verbale fait partie du travail (Hogarth et coll., 2016; Hyland et coll., 2016). La violence verbale est si présente dans le travail quotidien du personnel infirmier des urgences, et elle se produit si fréquemment, que ces derniers ne la considèrent pas du tout comme de la violence (Baig et coll., 2018). Cette tolérance à l'égard de la violence verbale peut sembler être une attente du travail des soignants plutôt qu'une anomalie; cela peut expliquer en grande partie pourquoi la violence verbale continue d'être répandue dans les services d'urgence.

Par ailleurs, les effets négatifs de la violence verbale se traduisent par la perte de concentration au travail et l'épuisement mental du personnel infirmier, ce qui a un impact sur les soins aux patients (Hassankhani et coll., 2017; Yoon et Sok, 2016). Il existe également des impacts au niveau organisationnel tels que l'augmentation des congés maladie, les démissions et les difficultés de recrutement (Howerton Child et Sussman, 2017; Li et coll., 2017).

Enfin, les infirmières entrent dans la profession parce qu'elles veulent aider les gens. Subir ensuite de la violence verbale, ce qui est décourageant, peut finalement entraîner une déception professionnelle (DP) (Howerton Child et Sussman, 2017, p. 547). Surtout, le DP se distingue de l'épuisement professionnel et de la fatigue de compassion. L'épuisement professionnel est une réponse chronique à des situations récurrentes de stress. La fatigue de compassion est subite et résulte de l'exposition au traumatisme d'une autre personne. La DP est unique, car on ne considère pas qu'elle soit de nature traumatique, mais les effets négatifs sont perceptibles, dirigés vers le personnel infirmier des urgences et ressentis par celui-ci [Howerton Child et Sussman, 2017]. Ce phénomène se traduit par un sentiment d'insatisfaction quant au choix de carrière découlant d'une violence verbale endémique ignorée [Hassankhani et coll., 2017; Howerton Child et Sussman, 2017].

Le risque que la pandémie de COVID-19 aggrave la DP est préoccupant, car les mauvais traitements infligés aux infirmières et aux travailleurs de la santé ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19 [Alsuliman et coll., 2021; Bitencourt et coll., 2021; Devi, 2020; Yang et coll., 2021]. Il faut ajouter à cela que le personnel infirmier travaille dans des conditions extraordinairement difficiles. L'orientation des patients et de leurs familles dans le système de santé est devenue complexe et difficile. À certains moments, pendant COVID-19, les ressources en matière de soins de santé ont été rares et une controverse a entouré la distribution équitable de celles-ci. Ces situations controversées et très stressantes ont inévitablement conduit à des abus envers les travailleurs de la santé, tant sur le lieu de travail que dans les espaces publics au sein de leurs communautés [Alsuliman et coll., 2021; Bitencourt et coll., 2021; Dye et coll., 2020; Larkin 2021; Yang et coll., 2021].

Méthodes

Plan et question de recherche

Dans le domaine des soins infirmiers, la recherche en méthodologie qualitative descriptive [QD] examine des phénomènes tels que les préoccupations et les réactions des personnes face à des événements [Bradshaw et coll., 2017; Kim et coll., 2017]. Compte tenu de ce contexte, la méthodologie QD a été employée pour répondre à la question de recherche suivante : comment le personnel infirmier des services d'urgence vit-il la DP à la suite d'une agression verbale? Ce sujet intéressait particulièrement l'auteure principale, une infirmière autorisée travaillant dans un service d'urgence, qui avait été victime de violence verbale de la part de patients et de leurs familles. L'auteure principale est devenue de plus en plus consciente d'incidents d'abus envers le personnel, tant en personne que sur des plateformes en ligne. Au fil du temps, elle a également constaté un changement dans le ressenti du personnel à l'égard du service d'urgence et des patients qu'il sert. Cette étude est conforme aux directives de l'« *Adherence to Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* » [COREQ] [Tong et coll., 2007].

Échantillon

Un échantillonnage dirigé a été utilisé pour recruter six infirmières âgées de 24 à 43 ans possédant de 2 à 18 ans d'expérience. L'échantillonnage dirigé permet de recruter des participants qui possèdent l'expérience requise pour l'étude [Bradshaw et coll., 2017]; car il est conçu de manière stratégique pour obtenir des données riches en informations afin d'en révéler des connaissances [Patton, 2015]. Dans les études de recherche QD, la taille des échantillons est relativement petite et la recherche est axée sur un contact approfondi avec les participants [Bradshaw et coll., 2017]. Les six participants à cette étude représentaient une variété d'âges et d'années d'expérience en soins infirmiers et le personnel infirmier travaillait dans deux des quatre services d'urgence. Une taille d'échantillon satisfaisante est celle qui permet de répondre suffisamment à la question tout en obtenant des données riches en informations [Bradshaw et coll., 2017; Sandelowski, 2000]. Dans ce contexte, la chercheuse a déterminé que la taille de l'échantillon était adéquate pour cette étude QD.

Les critères d'inclusion des infirmières participant à l'étude sont les suivants : travailler ou avoir travaillé dans l'un des quatre services d'urgence d'un grand hôpital situé dans un centre urbain de l'est du Canada; avoir été victime de violence verbale de la part de patients ou de visiteurs; s'identifier comme ayant vécu le DP et être en mesure de fournir un éclairage contextuel sur cette expérience.

L'approbation du Comité d'éthique de la recherche [CER] [dossier n° 23900] a été obtenue auprès de l'établissement postsecondaire dans lequel l'auteure principale était inscrite au moment de l'étude. De plus, l'approbation du CER [RID# 2020-005] a été obtenue de la société hospitalière dans laquelle se trouvaient les quatre urgences où les participants ont été recrutés. Nous avons envoyé des courriels de recrutement aux infirmières employées dans les quatre services d'urgence. La chercheuse a expliqué l'étude aux candidats potentiels qui ont répondu au courriel de recrutement. Le consentement éclairé a

été obtenu de tous les participants. Tous les participants qui ont consenti à l'étude ont complété les entrevues; aucune attrition n'a été enregistrée.

Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies à partir d'entrevues approfondies et semi-structurées d'une durée maximale de 40 minutes. Ce type d'entretien est la principale source de collecte de données dans le cadre d'une recherche sur les DQ [Bradshaw et coll., 2017; Sandelowski, 2000, 2005]. Les entrevues ont été menées exclusivement par l'auteure principale, sous la direction de la seconde auteure. Sous la direction et la supervision de la deuxième auteure, l'auteur principal a élaboré le guide d'entretien. Les questions d'entrevue ont été élaborées à partir d'un examen de la documentation pertinente et du savoir en matière d'entrevue qualitative [Kvale et Brinkman, 2009]. Au début de chaque entrevue, la chercheuse et le participant ont établi une relation de confiance grâce aux liens fraternels; l'auteure principale a décrit son rôle d'infirmière autorisée aux urgences avec une décennie d'expérience, son intérêt pour le DP et ses objectifs de faire la lumière sur sa signification au sein de la culture des soins infirmiers aux urgences. Au cours du processus de recherche, l'auteure principale a tenu un journal de bord et a participé à des comptes rendus réguliers avec l'auteure secondaire. Les participants ont été interrogés par téléphone. Les entrevues ont été réalisées en septembre et octobre 2020. Une fois le consentement éclairé obtenu, les entrevues ont été enregistrées sous forme numérique. Voir le tableau 1 pour les questions posées lors de l'entretien.

Tableau 1

Questions d'entretien

1. Comment interprétez-vous ou comprenez-vous le terme « déception professionnelle » ?
2. Parlez-moi d'une occasion où vous avez été victime d'une agression verbale de la part d'un patient ou de son visiteur, ce qui vous a conduit à un sentiment de déception professionnelle.
3. Quelles sont les mesures que vous avez prises, ou n'avez pas prises, pour répondre à la violence verbale d'un patient à votre égard ?
4. En quoi le sentiment de déception professionnelle a-t-il changé ou modifié la façon dont vous pratiquez les soins infirmiers ?
5. Croyez-vous que les dirigeants s'occupent de la déception professionnelle du personnel infirmier d'urgence ?
6. À votre avis, que peut-on faire pour gérer efficacement les expériences de déception professionnelle vécues par les infirmières d'urgence ?

Les enregistrements audio numériques ont été transcrits textuellement. Les transcriptions ont été rendues anonymes et importées dans NVivo [publié en mars 2020]. Des notes d'observation ont été rédigées à la suite de tous les entretiens. Les données recueillies lors des entretiens ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu qualitative, une stratégie fréquemment employée par les chercheurs de la méthodologie QD [Vaismoradi et Snelgrove, 2019]. L'analyse de contenu qualitative est une démarche inductive dont le but est de déduire des concepts, des thèmes ou un modèle par interprétation à partir de données brutes [Vaismoradi et Snelgrove, 2019]. En suivant cette démarche, l'auteure principale a réduit les données en unités codées. La comparaison continue a permis d'identifier les événements, de les comparer aux thèmes émergents et de mettre en évidence les idées principales sous forme de codes liés au phénomène [Vaismoradi et Snelgrove, 2019]. Les sous-thèmes qui sont ressortis des données comprennent le soutien organisationnel, la santé mentale du personnel infirmier, la pratique des soins infirmiers et le sentiment d'impuissance. L'auteure principale a identifié et catégorisé les codes dans les thèmes principaux des expériences, des préoccupations et des réponses des infirmières au DP. Une fois les thèmes et sous-thèmes élaborés, chaque transcription a été réanalysée selon un processus itératif de lecture, de révision et de peaufinage.

Résultats

Trois thématiques principales ont été soulevées à partir des données relatives au personnel infirmier des services d'urgence et au phénomène de DP : 1) les expériences des infirmières en matière de DP (comprenant les sous-thèmes de l'impuissance et de la normalisation); 2) les réactions des infirmières à la DP (ayant pour sous-thèmes les changements dans la pratique infirmière, le maintien en poste et la santé mentale du personnel infirmier); 3) les préoccupations du personnel infirmier en matière de DP (le leadership inefficace était un sous-thème de l'étude.

Expériences du personnel infirmier en matière de DP

Impuissance

Le personnel infirmier se sent souvent impuissant face à la violence verbale subie à l'urgence. Ils ont déclaré que la politique ministérielle relative à la violence verbale était rarement appliquée, suscitant un sentiment d'impuissance : « *Nous avons ce code de conduite... tout un beau papier affiché au mur sur le comportement des patients... sauf que le leur est toléré et pas le nôtre... on finira toujours par dire que nous [les infirmières et infirmiers] aurions dû agir différemment.* » La crainte d'être qualifiée de « mauvaise infirmière » en ligne sur les médias sociaux pesait également sur les infirmières, contribuant au sentiment d'impuissance : « *Je n'ai pas revu cette infirmière depuis qu'elle [la patiente] a fait ça. Elle a chassé une excellente infirmière chevronnée de notre service des urgences à cause de quelques commentaires qu'elle a écrits [sur Facebook].* » Pour cette infirmière, la DP a persisté en ligne sur une publication Facebook racontant un récit unilatéral d'un échange entre un patient et une infirmière bien après les faits : « *Il existe maintenant une histoire fautive en ligne et votre visage y est attaché... vous n'avez pas l'occasion de vous défendre... vous n'avez pas la possibilité de dire "ce n'est pas ce qui s'est réellement passé."* » La crainte d'être abusé verbalement en ligne de manière

anonyme a été évoquée en détail par le personnel infirmier interrogé, signalant l'impact et l'importance que les commentaires sur les médias sociaux peuvent avoir sur les expériences du personnel infirmier en ce qui concerne la DP.

Normalisation

Le fait que les infirmières des services d'urgence normalisent la violence verbale se reflète dans l'absence de conséquences pour le comportement abusif des patients : « Je trouve qu'ils n'ont que très peu de conséquences sur leur comportement, alors cela devient normal parce que... ils le font tout le temps et il n'y a aucune conséquence à leurs actions... on s'y habitue. C'est très normalisé. » Le personnel infirmier s'est demandé comment il était censé gérer cette violence alors qu'il n'y avait aucune discussion ouverte à ce sujet. Par conséquent, ils ont poursuivi leur travail sans s'occuper de la question : « Que se passe-t-il quand un patient vous crie après ? Comment faites-vous pour surmonter cette situation ? Comment faire pour que cela n'affecte pas vos soins ? Comment abordez-vous le patient ? ... Ces discussions n'ont pas lieu du tout. »

Réactions des infirmières au DP

Les réactions sont claires quant à l'influence profonde de la DP sur la pratique des soins infirmiers, la santé mentale du personnel infirmier et le maintien de celui-ci dans le système de santé.

La pratique infirmière

Le personnel infirmier a indiqué que la DP a influencé sa pratique par la suite, se répercutant sur les soins aux patients. Par exemple, dans la salle d'attente, une infirmière a décrit sa façon de penser avant de s'occuper d'un patient impoli : « On consulte le dossier du patient et on se dit qu'il est tellement impoli qu'il peut probablement attendre. On essaie de ne pas le faire, mais c'est très difficile quand quelqu'un nous attaque personnellement et qu'on doit ensuite aller s'occuper de lui. » L'infirmière a envisagé un traitement punitif à l'encontre du patient ayant un comportement abusif. C'est une stratégie réactive courante.

Le comportement instinctif a également été mentionné comme un moyen de gérer les émotions face à la violence verbale tout en restant capable de continuer à travailler : « Je suis comme plus plate que plate, je n'aurai pas la même réponse... Je me dis [à moi-même] : "Pourquoi fais-tu ça ?" Mais je ne peux pas m'en empêcher. Je ne peux pas m'empêcher d'être très sèche. C'est terrible. »

Une infirmière a remarqué que sa pratique changeait lorsqu'elle soignait des patients difficiles :

« [vous avez] déjà mise à part cette personne dans votre esprit... Je ne crois pas que vous passeriez votre temps mort à bavarder avec des patients comme ça pour obtenir plus d'informations... Pourquoi voudriez-vous passer du temps avec quelqu'un qui vient de vous engueuler ? » Le « temps mort » fait référence aux quelques moments au travail où les infirmières ne sont pas débordées par des tâches urgentes. C'est souvent le seul moment pour enseigner la santé et découvrir des aspects subtils dans les historiques de santé des patients. Mais, le fait de se sentir épuisé par la maltraitance d'un patient empêche le personnel infirmier de découvrir des informations importantes et peut nuire aux soins personnalisés.

Maintien en poste

Les retombées de la DP sur le bien-être des infirmières et son impact ultérieur sur leur maintien dans la profession sont

évidents : « Je ne travaille pas à plein temps aux urgences, parce que pour moi, cela n'en vaut pas la peine... Je préfère ne pas gagner d'argent le lendemain plutôt que de me faire crier après et d'être traitée de manière inappropriée et... que rien ne soit jamais fait pour régler le problème. » Par ailleurs, l'impact sur les nouveaux diplômés dans le contexte de la durabilité d'une longue carrière en tant qu'infirmier(ère) des services d'urgence a été confirmé : « Je suis une nouvelle infirmière... En sortant de la formation d'infirmière, je savais que je voulais être une infirmière d'urgence... Je lutte contre cela en ce moment... Voilà deux ans que j'exerce une profession que je dois faire pendant 30 ans. Maintenant, chaque fois que je dois prendre ma voiture pour aller travailler, chaque seconde, je cherche sur Google ce que je pourrais faire de ma vie. »

Il n'est donc pas surprenant qu'en raison de ces abus continus, le personnel infirmier soit épuisé, découragé et quitte la profession avec le sentiment d'être insatisfait, non reconnu et non apprécié par les patients et les administrateurs de l'hôpital, comme l'exprime le témoignage de cette infirmière : « Je suis partie en moins de deux ans parce que j'étais constamment déçue. En tant qu'infirmière, il est impossible d'obtenir une ordonnance restrictive contre un patient. Il peut tout à fait vous agresser et c'est vous qui devez trouver un nouvel emploi si vous êtes mal à l'aise, car vous ne pouvez pas refuser l'accès à quelqu'un dans un service d'urgence, donc... vous n'obtiendrez jamais d'ordonnance restrictive, c'est vous qui devez trouver un nouvel emploi. »

La santé mentale du personnel infirmier

Les répercussions profondes sur la santé mentale des infirmières ont été une conséquence importante de la DP, résultat qui n'est pas surprenant. Les infirmières ont fait remarquer que les événements difficiles survenus aux urgences étaient notés, traités et accompagnés de recommandations de changement, mais que la violence verbale et le sentiment persistant de déception professionnelle n'étaient jamais résolus. En ce qui concerne les épisodes d'agression des patients, une infirmière a affirmé : « Je trouve que je suis anxieuse. Je suis anxieuse pendant un certain temps après ces épisodes. Cela me rend très mal à l'aise. »

Une infirmière expérimentée a décrit que la santé mentale du personnel infirmier des services d'urgence a gagné en importance aux yeux des dirigeants uniquement lorsqu'elle a pris une valeur financière : « Je ne pense pas qu'il n'y ait jamais de conversation [sur la DP]. Si vous êtes en [congé] de santé mentale... ils se préoccupent de vous, mais pas des gens qui s'en sortent simplement... mais si ça touche le budget, on y réfléchira peut-être. » Il faut souligner que les facteurs de stress de la DP s'infiltraient dans la vie personnelle des infirmières bien au-delà de leur quart de travail : « Les souvenirs de violence verbale apparaissent dans vos rêves, ou lorsque vous êtes avec vos amis... vous leur expliquez une situation et ils vous regardent comme si vous étiez sur une autre planète. Ils répondent : « Moi, ça ne m'arrive pas au travail. »

Préoccupations des infirmières vis-à-vis la DP

Inefficacité du leadership infirmier et organisationnel

Les infirmières ont établi un lien entre leur expérience DP et l'inefficacité du leadership infirmier et organisationnel. Les infirmières, en tant que personnel de première ligne, ont indiqué qu'elles ne pouvaient pas atténuer les problèmes attribuables à

la violence verbale, comme le manque de personnel et l'engorgement. Ces problèmes doivent être gérés par des dirigeants tels que les infirmières gestionnaires des services d'urgence et de l'hôpital. Les infirmières ont convenu que leurs expériences de DP n'étaient pas correctement abordées par leurs dirigeants. *« Notre déception professionnelle est influencée par plusieurs choses... Je sais que le flux de patients dans notre service est un facteur énorme d'abus verbal. En première ligne, nous n'avons aucun contrôle sur cela... s'il vous plaît, ne vous défoulez pas sur nous. »*

Les dirigeants omettent souvent de reconnaître les incidents de violence verbale ou de proposer des stratégies pour y remédier. Cette négligence était préoccupante pour les infirmières : *« Je crois que, premièrement, l'entreprise ne nous soutient pas, et que, deuxièmement, elle mine activement la situation. »* La réticence à offenser le public est perçue comme une cause fondamentale de l'absence de dénonciation explicite de la violence verbale envers les infirmières : *« Je pense qu'ils ont trop peur d'empiéter sur les plates-bandes du public alors qu'ils devraient protéger leurs employés »* et *« J'ai été témoin de nombreuses fois où nous avons été agressés verbalement par un patient, et où la direction est allée les chercher, leur a serré la main et les a raccompagnés [le patient ou le visiteur] à la porte d'entrée. Pour moi, on ne fait que dire "Vous pouvez faire ce que vous voulez ici" au lieu de dire "C'est tolérance zéro... vous devez partir. »* En ce qui concerne la direction des services d'urgence, la crainte des réactions négatives face à la dénonciation des abus verbaux à l'encontre des infirmières s'étend au monde virtuel : *"Je dirais qu'il y a beaucoup de peur entourant cette affaire de Facebook... la plupart des réactions de la direction [sont] basées sur la peur... au lieu d'une société entière... qui déclare : « C'est notre mission, si les patients ne sont pas satisfaits, alors tant pis pour eux, mais nous ne laisserons pas nos infirmières se faire maltraiter ou subir d'autres comportements de ce genre." Je ne sais pas si c'est l'hôpital ou si c'est par peur... de perdre [leur] emploi, d'être mis en cause et tout ça..."*

Le manque de formation pour intervenir efficacement en cas de violence verbale et pour atténuer potentiellement la DP a été exprimé : *« Je ne pense pas que vous receviez une formation quelconque pour vous aider à savoir comment réagir lorsque vous êtes attaqué verbalement dans ce service. »* Il a été réaffirmé que les infirmières ne disposaient pas de stratégies claires en cas de violence verbale : *« Nous n'avons pas vraiment de règle claire et concise concernant les étapes à suivre si un patient agit de la sorte, par exemple, certaines personnes restent plantées là... et certains d'entre nous se fâchent. »* Toutes les infirmières interrogées ont affirmé que les dirigeants devaient avouer l'existence de la DP et qu'il fallait mettre en place des stratégies pour l'atténuer dès son apparition, c'est-à-dire lorsqu'une infirmière est victime de violence verbale aux urgences.

Discussion

La déception professionnelle se révèle être un phénomène relativement nouveau. Elle peut être ressentie par le personnel infirmier des urgences à la suite d'abus verbaux de la part des patients ou de leurs visiteurs (Howerton Child et Sussman, 2017). La déception professionnelle se distingue de la fatigue de compassion, qui est brusque et qui découle du traumatisme d'une autre personne, et de l'épuisement professionnel chronique lié à des

facteurs de stress répétés (Howerton Child et Sussman, 2017). Dans la présente étude, le personnel infirmier a déclaré avoir vécu la DP en raison d'une violence verbale persistante et ignorée au travail et, dans une certaine mesure, en ligne. Le personnel infirmier a exprimé un sentiment d'impuissance et a banalisé la violence comme étant normale et faisant partie du milieu de travail dans un service d'urgence. Afin de tempérer l'effet de la DP, le personnel infirmier a modifié sa pratique en prodiguant un minimum de soins ou, ultimement, il a quitté le service des urgences à la recherche d'un autre emploi. La déception professionnelle a des conséquences sur la santé mentale du personnel infirmier. La présente étude montre que la DP se manifeste par le fait que le personnel infirmier se sent stressé et anxieux au travail, et que ces sentiments persistent lorsqu'il rentre chez lui. Il avait le sentiment de ne pas être soutenu par les responsables des services infirmiers et de l'organisation. Les politiques hospitalières de « tolérance zéro » ont été évoquées, mais l'incapacité à les appliquer était évidente. Ce qui est intéressant, c'est que Howerton Child et Sussman (2017) ont révélé que l'implication et le soutien de la direction étaient des facteurs neutres en ce qui concerne la DP. Or, il est proposé que les gestionnaires s'engagent auprès du personnel pour faire connaître le soutien qu'ils sont en mesure d'offrir (Howerton Child et Sussman, 2017, p. 550).

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, on constate une augmentation de la violence à l'encontre du personnel infirmier et soignant (Alsuliman et coll., 2021 ; Bitencourt et coll., 2021 ; Devi, 2020 ; Larkin, 2021 ; Yang et coll., 2021). Cette intensification de la violence souligne l'urgence de la portée de cette étude. Les points suivants présentent plusieurs implications pour les dirigeants des organismes de soins infirmiers et de santé concernant l'atténuation de la DP chez le personnel infirmier des services d'urgence.

Les organismes doivent encourager et soutenir les infirmières à signaler les incidents de violence verbale (Al-Shamlan et coll., 2017 ; Hassankhani et coll., 2017 ; Hogarth et coll., 2017 ; Lenaghan et coll., 2018 ; Organisation mondiale de la santé, OMS, 2021). En déclarant la maltraitance, on la reconnaît officiellement. Bien que des recherches antérieures indiquent la nécessité d'une politique (Hassankhani et coll., 2017 ; Hogarth et coll., 2017 ; OMS, 2021 ; Yang et coll., 2021), les résultats de la présente étude correspondent à ces recherches et pourraient être adaptés à un niveau local. Une démarche détaillée permettrait au personnel infirmier de disposer d'un algorithme à suivre en cas de violence verbale de la part de patients ou de visiteurs. Le personnel infirmier de première ligne devrait participer à l'élaboration de cette politique ou procédure afin d'atténuer son sentiment d'impuissance et la normalisation de la violence comme étant une attente au travail à l'urgence. Cela permettrait de faire comprendre que la violence verbale ne peut être tolérée et d'atténuer un facteur important de la DP. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de soigner et de soutenir la santé mentale du personnel infirmier (Havaei, 2021 ; Liu et coll., 2020 ; OMS 2021). La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2017) a reconnu que la violence dans les établissements de santé a un sérieux impact sur la santé mentale des infirmières et infirmiers. Une exécution intentionnelle et systématique des

directives et des procédures pourrait grandement contribuer à réduire les effets de la violence verbale et de la DP sur la santé mentale du personnel infirmier.

Le maintien en poste du personnel infirmier dans la profession est un problème mondial (Efendi et coll., 2019; Marufu et coll., 2021). Du point de vue économique et pragmatique, les défis liés au maintien des infirmières entraînent une augmentation des coûts et créent des problèmes de personnel en raison du recrutement et du déploiement de personnel infirmier non qualifié compromettant la qualité des soins (Ashton et coll., 2018; Howerton Child et Sussman, 2017; Yoon et Sok, 2016). L'adoption de politiques et de procédures précises relatives à l'intolérance à l'égard des mauvais traitements est l'occasion pour les dirigeants infirmiers de démontrer qu'ils continuent d'investir dans leur personnel infirmier qualifié aux urgences.

Il convient que le personnel infirmier des services d'urgence bénéficie d'un soutien accru de la part de son organisme et de ses dirigeants, et qu'il reçoive une formation avancée pour reconnaître la violence et le harcèlement et savoir y réagir (Al-Qadi, 2020; Aljohani et coll., 2021; Ashton et coll., 2018; OMS, 2021). Parmi les recommandations internationales visant à lutter contre la violence sur le lieu de travail se trouvent des séances d'information sur les problèmes de sécurité potentiels ainsi que des séances d'information à la suite d'incidents de violence (OMS, 2021). Ces recommandations reflètent les réponses du personnel infirmier de la présente étude, qui préconise la tenue d'un compte rendu à la suite d'un incident de violence à l'urgence, ainsi qu'une formation supplémentaire pour reconnaître la violence verbale et y remédier efficacement. Dans le cadre de cette étude, le personnel infirmier a reconnu qu'il souhaitait acquérir les compétences nécessaires pour faire face à ses sentiments de DP après avoir côtoyé des patients difficiles. À cette fin, un groupe de soutien par les pairs pourrait servir d'environnement propice à l'expression des sentiments. La recherche indique que le personnel infirmier bénéficierait d'une formation supplémentaire sur la prévention et la gestion de la maltraitance aux urgences (Aljohani et coll., 2021; Ashton et coll., 2018; Hassankhani et coll., 2017; Yoon et Sok, 2016). Bien que le personnel infirmier soit tenu de perfectionner ses compétences en matière de sauvetage cardiaque, il est impératif d'envisager de l'aider à renouveler périodiquement ses compétences et ses connaissances en matière de gestion de la violence et du harcèlement. Howerton Child et Sussman (2017) affirment que la formation à la prévention de la violence doit être adaptée à l'environnement aigu et pressé des urgences.

Une abondante littérature décrit en détail les mauvais traitements infligés au personnel infirmier et aux travailleurs de la santé dans les services d'urgence (Aljohani et coll., 2021; Ashton et coll., 2018). Cependant, la description du phénomène de la DP est nouvelle. Le fait d'admettre que la violence verbale est un précipitant de la DP est remarquable. Ensuite, l'impact ultérieur sur le maintien en poste des infirmières, leur santé mentale et leur bien-être général à la suite de la DP est aussi remarquable. Des études menées pendant la pandémie de COVID-19 ont démontré que la violence verbale est largement vécue par le personnel infirmier et les travailleurs de la santé (Bitencourt et coll., 2021; Yang et

coll., 2021). La pandémie a accentué l'urgence d'une réflexion collective suivie d'une action stratégique délibérée, d'après cette recherche et les nombreuses études qui l'ont précédée.

Limitations

Le présent rapport comporte plusieurs limites. Premièrement, l'échantillon de l'étude se limite à deux urgences de la région sanitaire dans laquelle le personnel infirmier travaille ou a travaillé. Il est possible que les résultats de cette étude ne puissent être transposés à des situations autres que celles dont le contexte est très similaire. Deuxièmement, en raison de la pandémie de COVID-19, les entretiens qui auraient été menés en présentiel l'ont été par téléphone. De plus, tous les participants ont choisi d'être interviewés par téléphone même si la conférence virtuelle a été offerte. Cela a posé une limite potentielle, car l'engagement du chercheur et du participant, qui se manifeste par des nuances dans le langage corporel ou l'expression du visage lors de la discussion d'un sujet sensible comme la DP, n'a pas pu être observé et noté dans le cadre de la collecte de données.

Conclusion

La recherche sur la DP en tant que phénomène subi directement par le personnel infirmier d'urgence en raison de la violence verbale est essentielle, étant donné le lourd fardeau qu'elle représente tant pour le personnel infirmier que pour les patients. Sachant que la pandémie de COVID-19 a exacerbé les facteurs de stress dans un système déjà tendu, le personnel infirmier est victime d'agressions verbales au travail alors qu'il est paradoxalement salué comme un héros de première ligne. Les préoccupations et les expériences de vie du personnel infirmier dans la présente étude semblent indiquer que la DP se produit à cause de la violence verbale, mais aussi indirectement à cause des lacunes organisationnelles. Cela témoigne d'un cri de ralliement qui est évident lorsque la voix du personnel infirmier amplifie et conteste ce qui ne devrait pas être toléré dans le cadre de son travail. Les résultats de cette enquête révèlent que la DP a des effets néfastes sur le maintien en poste du personnel infirmier, sa santé mentale et sa pratique. L'avenir de la recherche devrait explorer la DP afin de mieux comprendre ses causes profondes et ses solutions potentielles. Toutefois, la reconnaissance de ce phénomène unique demeure une première étape importante.

Implications pour la pratique clinique des urgences

- Le personnel infirmier d'urgence doit connaître les politiques en vigueur de son établissement en matière de violence verbale sur le lieu de travail
- Suivre une formation sur la prévention et la gestion de la maltraitance peut améliorer les compétences du personnel infirmier d'urgence en matière d'atténuation de la violence verbale
- Les dirigeants infirmiers doivent préconiser un compte rendu immédiat après des incidents de violence verbale, faisant comprendre l'importance de la prise en charge de la violence au travail, des incidents critiques et des cas cliniques difficiles
- Les dirigeants infirmiers doivent allouer du temps rémunéré aux infirmières pour suivre une formation continue sur la prévention de la violence

Les auteures

Jiun-yi Zullo, M.Sc.Inf. est une infirmière autorisée possédant plus de 10 ans d'expérience en soins infirmiers d'urgence dans la région du Grand Toronto. Elle est aujourd'hui employée au service des urgences du Lakeridge Health et chef d'atelier à la Trent University. Elle a obtenu son baccalauréat en sciences infirmières à l'Université Ryerson en 2010 et sa maîtrise en sciences infirmières à la Athabasca University en 2021. Elle s'intéresse à l'amélioration des environnements de pratique et des résultats pour les patients.

La D^{re} Lynn Corcoran est infirmière autorisée et professeure agrégée à la Faculté des disciplines de la santé de la Athabasca University. Elle détient une expérience clinique en santé publique et en santé des femmes. Ses recherches portent sur de nombreux sujets tels que la prévention de la violence, la formation en soins infirmiers et les innovations en matière d'enseignement et d'apprentissage.

La D^{re} Karen Cook est professeure agrégée à la faculté des disciplines de la santé de la Athabasca University. Elle mène des recherches sur les entraves systémiques et sociétales auxquelles se

heurtent les jeunes ayant des problèmes de santé complexes qui font la transition vers les soins de santé pour adultes, en utilisant des stratégies qualitatives et des méthodes mixtes d'engagement des patients et des familles.

Conflits d'intérêts

Aucun

Déclarations de l'auteur

JZ a conçu la présente étude. LC et KC ont contribué à la conception de l'étude. JZ a élaboré le protocole de l'étude sous la direction de LC. La collecte et l'analyse des données ont été effectuées par JZ en consultation avec LC. JZ, LC et KC ont préparé, révisé et approuvé le manuscrit.

Financement

Aucun

RÉFÉRENCES

- Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q. K., Chen, C., Beisenova, K., & Pourmand, A. (2021). Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta-analysis. *Public Health, 196*, 186–197. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009>
- Al-Qadi, M. M. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A meta-synthesis. *International Emergency Nursing, 52*, 100905. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100905>
- Al-Shamlan, N. A., Jayaseeli, N., Al-Shawi, M. M. & Al-Joudi, A. S. (2017). Are nurses verbally abused? A cross-sectional study of nurses as a university hospital, Eastern Province, Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine, 24*(3), 173–180. https://doi.org/10.4103/jfcm.JFCM_45_17
- Alsuliman, T., Mouki, A., & Mohamad, O. (2021). Prevalence of abuse against frontline health-care workers during the COVID-19 pandemic in low and middle-income countries. *Eastern Mediterranean Health Journal, 27*(5), 441–442. <https://doi.org/10.26719/2021.27.5.441>
- Ashton, R. A., Morris, L., & Smith, I. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing, 39*, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>
- Baig, L. A., Shaikh, S., Polkowski, M., Ali, S. K., Jamali, S., Mazharullah, L., Soomro, M., Kumari, B., Memon, S., Maheshwari, G. & Arif, S. (2018). Violence against health care providers: A mixed methods study from Karachi, Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine, 1*–9. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.047>
- Banda, C. K., Mayers, P. & Duma, S. (2016). Violence against nurses in the southern region of Malawi. *Health SA Gesondheid, 21*, 415–421. <https://hdl.handle.net/10520/EJC-8c333b7d9>
- Bitencourt, M.R., Alarcão, A.C.J., Silva, L.L., Dutra, A.D.C., Caruzzo, N.M., Roszkowski, I., Bitencourt, M.R., Marques, V.D., Pelloso, S.M., Carvalho, M.D.D.B. (2021). Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: A cross sectional study. *PLoS ONE 16*(6), e0253398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253398>
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global Qualitative Nursing Research, 4*, 1–8. <https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
- Canadian Federation of Nurses Unions (2017). Enough is enough. Putting a stop to violence in the health care sector. [Position statement]. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf
- Copeland, D. & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Society of Trauma Nurses, 24*(2), 65–76. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000269>
- Devi, S. (2020). COVID-19 exacerbates violence against health workers. *The Lancet, 396*(10252), 658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31858-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31858-4)
- Dye, T. D., Alcantara, L., Siddiqi, S., Barbosu, M., Sharma, S., Panko, T., & Pressman, E. (2020). Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: An analytical cross-sectional global study. *BMJ Open, 10*(12), e046620. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046620>
- Efendi, F., Kurniati, A., Bushy, A., & Gunawan, J. (2019). Concept analysis of nurse retention. *Nursing & Health Sciences, 21*(4), 422–427. <https://doi.org/10.1111/nhs.12629>
- Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., Mohammadi, E. (2017). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing, 1*–6. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.007>
- Havaei, F. (2021). Does the type of exposure to workplace violence matter to nurses' mental health? *Healthcare, 9*(41). <https://doi.org/10.3390/healthcare9010041>
- Hogarth, K. M., Beattie, J. & Morphet, J. (2016). Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal, 19*, 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.006>
- Howerton Child, R. J. & Sussman, E. J. (2017). Occupational disappointment: Why did I even become a nurse? *Journal of Emergency Nursing, 43*(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.004>
- Hyland, S., Watts, J. & Fry, M. (2016). Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: A multimethod study. *Australasian Emergency Nursing Journal, 19*(2016), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.05.002>

- Kim, H., Sefcik, J. S. & Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 40(1), 23–42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2nd ed.). Sage.
- Larkin, H. (2021). Navigating attacks against health care workers in the COVID-19 Era. *JAMA*, 325(18), 1822–1824. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779310/>
- Lenaghan, P. A., Cirrincione, N. M. & Henrich, S. (2018). Preventing emergency department violence through design. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.06.012>
- Li, Y., Chao, M., Shih, C. (2017). Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: A moderated mediation model. *International Emergency Nursing*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.004>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Marufu, T. C., Collins, A., Vargas, L., Gillespie, L., & Almghairbi, D. (2021). Factors influencing retention among hospital nurses: Systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(5), 302–308. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.5.302>
- Partridge, B. & Affleck, J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: Rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2017), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.001>
- Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods* (4th ed.). Sage.
- Pich, J. V., Kable, A. & Hazelton, M. (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in emergency department: Results from the Australian VENT study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(2017), 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.005>
- QSR International Pty Ltd. (2020). *NVivo* (released in March 2020). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 2000(23), 334–340. <https://doi.org/10.1002/1098-240>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://www.jstor.org/stable/45127319>
- Vaismoradi, M. & Snelgrove, S. (2019). Theme in qualitative content analysis and thematic analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), 1–14. <https://doi.org/10.17169/fqs-20.3.3376>
- World Health Organization (2021, February 2). COVID 19: Occupational health and safety for health workers. Interim Guidance. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1
- Yang, Y., Li, Y., An, Y., Zhao, Y.J., Zhang, L., Cheung, T., Hall, B.J., Ungvari, G.S., An, F.R. & Xiang, Y.T. (2021). Workplace violence against Chinese frontline clinicians during the COVID-19 pandemic and its associations with demographic and clinical characteristics and quality of life: a structural equation modeling investigation. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 414. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.649989>
- Yoon, H. S. & Sok, S. R. (2016). Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical centre setting. *International Journal of Nursing Practice*, 22, 596–604. <https://doi.org/10.1111/ijn.12479>
- Zhang, L., Wang, A., Xie, X., Zhou, Y., Li, J., Yang, L. & Zhang, J. (2017). Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 72(2017), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.002>

Look for supplemental materials such as author interviews and podcasts at www.CJEN.ca

The Canadian Journal of Emergency Nursing (CJEN) is the Official Journal of the National Emergency Nurses Association (NENA) of Canada. This article has been made available at no cost in partnership with NENA and the University of Alberta Libraries.