

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

LES STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES AGRESSIONS DANS UN CONTEXTE  
D'URGENCES HOSPITALIÈRES : PERCEPTION INFIRMIÈRE

MÉMOIRE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES (PROFIL MÉMOIRE)

PAR  
MATHIEU LEPITRE

12 JUIN 2026

## Sommaire

Les infirmières<sup>1</sup> et les autres travailleurs de la santé sont fréquemment victimes d'agressions verbales et physiques de la part des patients et, parfois, de leurs accompagnateurs. Au Québec, selon la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), les professionnels de la santé ont été victimes de près de la moitié (47,8 %) des lésions physiques et psychologiques attribuables à une agression en milieu de travail ayant fait l'objet d'une indemnisation (CNESST, 2025). Ce constat place, de loin, le secteur de la santé parmi les milieux professionnels les plus affectés par ce phénomène. Bien que la littérature ait largement documenté les causes et les conséquences de ces agressions, la présence et l'utilisation des stratégies de prévention des agressions dans les salles d'urgence, ainsi que la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies pour réduire la fréquence et la gravité des agressions, demeurent à ce jour peu documentées (Anderson et al., 2010; Chen et al., 2025; González-González et al., 2025; Jacob et al., 2025; Reißmann et al., 2023). Ainsi, cette étude vise à documenter la présence et l'utilisation des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) dans les urgences québécoises, ainsi qu'à décrire la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies pour réduire la fréquence et la gravité des agressions. Un devis transversal descriptif, appuyé sur le cadre de

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, lorsqu'il est question des infirmières, le féminin sera utilisé afin de refléter la prédominance féminine dans la profession. La terminologie épïcène est privilégiée lorsque possible. Les règles grammaticales d'usage du masculin sont utilisées dans les autres circonstances et se veulent inclusives de toutes les identités de genre.

référence des milieux de travail sains (Grinspun et Banjok, 2018) et sur le cadre d'analyse du risque dans les organisations de soins (Pascarella et al. 2021), a été utilisé. Un questionnaire en ligne a été rempli par 201 infirmières d'urgence recrutées par courriel. Des analyses descriptives ont permis de brosser un portrait des stratégies présentes et utilisées par les infirmières en milieu d'urgence, ainsi que de documenter leur perception quant à l'efficacité de ces stratégies pour réduire la fréquence et la gravité des agressions. Les résultats de cette étude mettent en évidence une grande variabilité dans les SVRAMT implantées selon les milieux et l'efficacité perçue de certaines de ces stratégies. Cette étude constitue ainsi une base essentielle de connaissances pour orienter les décisions en gestion, en formation et en politiques publiques en regard des agressions en contexte d'urgence, et pour soutenir le développement de stratégies structurantes visant à renforcer durablement la sécurité des infirmières œuvrant en milieu d'urgence au Québec.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières .....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des abréviations.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Problématique .....	4
Ampleur de la problématique des agressions envers les travailleurs de la santé .....	5
Causes des agressions envers les travailleurs de la santé.....	6
Conséquences des agressions envers les travailleurs de la santé .....	8
Physiques .....	8
Psychologiques .....	8
Professionnelles .....	9
Organisationnelles .....	10
Pistes de solution aux agressions envers les travailleurs de la santé .....	11
Objectif général.....	14
Recension des écrits.....	15
Stratégie de recherche documentaire .....	16
Critères de sélection des articles.....	18
Documents de littérature grise incontournables .....	20
SVRAMT recensées.....	20
Niveau individuel.....	21
Niveau organisationnel .....	23
Niveau externe .....	26
Constats émanant de la recension des écrits .....	27
Niveau des stratégies documentées .....	27
Objet des études réalisées .....	28
Spécificité régionale .....	29
Cadres de référence.....	30
Modèle des milieux de travail sains.....	31
Cadre d'analyse de risque dans les organisations de soins de santé .....	33
Définitions conceptuelles des variables à l'étude .....	36
Présence .....	37
Utilisation .....	37
Efficacité.....	38

Agression en milieu de travail .....	39
Adéquation des stratégies pour pallier le risque .....	40
Stratégie visant la réduction des agressions en milieu de travail.....	41
Posture ontologique.....	41
Objectifs spécifiques .....	45
Questions de recherche .....	45
Méthodologie .....	47
Stratégie de recherche .....	48
Population à l'étude .....	48
Milieu à l'étude.....	50
Recrutement des participantes .....	51
Échantillonnage .....	51
Définitions opérationnelles des variables .....	52
Outil de collecte des données.....	54
Développement du questionnaire .....	54
Validation de contenu par des experts académiques .....	57
Validation de contenu par des experts de contenu.....	59
Prétest du questionnaire .....	62
Questionnaire final.....	63
Déroulement de la recherche.....	64
Plan d'analyse des données.....	65
Critères de rigueur scientifique .....	69
Considérations éthiques .....	70
Résultats.....	73
Profil sociodémographique des répondantes.....	74
Prévalence des agressions .....	78
Statistiques descriptives de la présence et de l'utilisation des SVRAMT .....	79
Statistiques descriptives de la perception d'efficacité des SVRAMT .....	83
Réponses à la question ouverte .....	92
Discussion.....	94
Apport des cadres de référence .....	95
Portrait sociodémographique et prévalence des agressions .....	97
Présence et utilisation des SVRAMT.....	99
Lecture globale des écarts entre la présence et l'utilisation des SVRAMT..	99
Analyse des stratégies les plus et les moins mobilisées .....	101
Perception d'efficacité des SVRAMT .....	103
Relation entre présence, utilisation et efficacité .....	105
Nouvelles SVRAMT.....	107
Réflexions émergentes .....	108
Caractéristiques sociodémographiques et analyses complémentaires .....	109
Déploiement et hétérogénéité des formations en prévention des agressions	112

Recommandations.....	114
Pratique clinique .....	114
Gestion.....	115
Formation et conseil .....	117
Recherche .....	119
Politique.....	121
Limites de la recherche .....	123
Forces de la recherche.....	126
Conclusion .....	129
Références.....	132
Appendices.....	147
Appendice A : Catégorisation des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail issus de la recension des écrits .....	148
Appendice B : Certificat d'approbation éthique.....	150
Appendice C : Courriel de recrutement .....	167
Appendice D : Formulaire de consentement.....	170
Appendice E : Questionnaire .....	176
Appendice F : Nom abrégé des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail.....	201
Appendice G : Tableaux complémentaires pour les réflexions émergentes ..	204

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> Évaluation de l'adéquation de la stratégie .....	35
<b>Tableau 2</b> Matrice quantitative d'efficacité.....	39
<b>Tableau 3</b> Structure opérationnelle des variables .....	53
<b>Tableau 4</b> Plan d'analyse des données .....	68
<b>Tableau 5</b> Données sociodémographiques .....	76
<b>Tableau 6</b> Pourcentage de fréquence des agressions selon la gravité.....	79
<b>Tableau 7</b> Présence et utilisation perçue des SVRAMT.....	81
<b>Tableau 8</b> Médianes, scores pondérés et rang de la perception d'efficacité des SVRAMT .....	84
<b>Tableau 9</b> Perception d'efficacité cumulée et rang de la perception des SVRAMT .....	86
<b>Tableau 10</b> Antécédents d'agression par rapport aux caractéristiques sociodémographiques .....	204
<b>Tableau 11</b> Rapport de cote du risque d'agression.....	206
<b>Tableau 12</b> Formation reçue .....	206

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> Diagramme de flux.....	19
<b>Figure 2</b> Modèle conceptuel des milieux de travail sains.....	33
<b>Figure 3</b> Perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre numéroté).....	89
<b>Figure 4</b> Perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre décroissant d'efficacité cumulée).....	90
<b>Figure 5</b> Rangs de perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre décroissant d'efficacité cumulée).....	91

## **Liste des abréviations**

AIIAO : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

ASSTSAS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

CER : Comité d'éthique de la recherche

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CIUSSS-NIM : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

CVAPSU : Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec

ÉT : Écart type

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

LSST : Loi sur la santé et la sécurité au travail

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OSHA : Occupational Safety and Health Administration

SVRAMT : Stratégie visant la réduction des agressions en milieu de travail

UQO : Université du Québec en Outaouais

## Remerciements

La réalisation de cette maîtrise n'aurait pas été possible sans l'apport inestimable de nombreux collègues et amis. Tout d'abord, mes directrice et codirectrice, Caroline Longpré et Isabelle St-Pierre, ainsi que Jacques-Bernard Gauthier, qui vient compléter ce trio ayant souvent « détricoté » le tout en tirant à de multiples reprises sur les fils de mon projet. Cette rigueur et cette pédagogie ont plus que solidifié le tout, elles m'ont aussi permis de grandement cheminer et d'apprendre de mes errances. Mes deux experts, Patrick Leduc et Laurence Fortier, votre expertise est tout simplement inestimable. Merci d'avoir contribué à rendre ce projet concret et d'avoir permis à la science d'avancer. Merci également à l'Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec, à l'Ordre régional des infirmiers et infirmières des Laurentides-Lanaudière ainsi qu'au Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec pour les bourses octroyées. Celles-ci m'ont encouragé à persévérer et à améliorer la qualité du travail effectué. Un remerciement spécial à Dominique Paiement, collègue en or qui a accepté de présenter avec moi à de nombreuses reprises des résultats préliminaires, des recensions partielles et autres lors de congrès, webinaires et de symposiums un peu partout au Canada. Manon Bougie, ma mentore et patronne, sans qui rien de tout cela ne se serait produit, merci de m'avoir dit, un bon matin d'août, « Fais-dont ta maîtrise, tu vas apprendre pis on va avancer ensemble », merci de ta flexibilité, de ta compréhension et de ton soutien. Enfin et surtout, merci à Marylène, ma conjointe, qui était bien d'accord pour une maîtrise qui devait durer deux ou trois ans... Six ans plus tard, avec une famille extraordinaire (Xavier, Evelyne, Rémi et Stanley), merci pour ta patience, tes encouragements et d'avoir cru en moi et en l'importance de mon projet.

## **Introduction**

Les agressions verbales et physiques de la part des usagers et de leurs accompagnateurs envers les professionnels de la santé constituent un problème important de santé et de sécurité au travail, particulièrement pour les infirmières œuvrant dans les urgences hospitalières.

La littérature scientifique décrit clairement le phénomène d'agression envers les travailleurs de la santé, de même que leurs causes et leurs conséquences multiples. De nombreux auteurs, tels que Davey et al. (2020), Garg et al. (2020), Reißmann et al. (2023) et Zamani (2019) reconnaissent la vulnérabilité accrue du personnel œuvrant plus spécifiquement dans les services d'urgence, en raison de la nature des soins prodigués, du contexte organisationnel et des caractéristiques de la clientèle desservie. Toutefois, les écrits présentent relativement peu de stratégies dont l'efficacité à réduire la fréquence ou la gravité des agressions aurait été évaluée. De plus, à ce jour, aucun portrait global de la prévalence des agressions, ni de la présence, de l'utilisation et de l'efficacité perçue des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) dans les salles d'urgences québécoises n'avait été réalisé. Afin de répondre à ces lacunes, un devis quantitatif transversal descriptif a été utilisé, reposant sur un questionnaire adressé aux infirmières travaillant dans les salles d'urgence de la province. Ces dernières ont été invitées à exprimer leurs perceptions quant à la présence, à l'utilisation et à l'efficacité des SVRAMT recensées dans la littérature scientifique et grise.

Le mémoire est divisé en six chapitres. D'abord, un survol de la littérature et des statistiques disponibles permet de documenter la problématique à l'étude. Ensuite, une

recension des écrits présente le corpus de connaissances existant ayant mené à l'élaboration de la présente étude. Les cadres de référence ainsi que la méthodologie sont ensuite décrits, suivis de la présentation des résultats. Enfin, ces résultats font l'objet d'une discussion intégrant des recommandations pour les différents domaines du champ d'exercice infirmier, des réflexions émergentes, ainsi que les limites et les forces de l'étude.

## **Problématique**

Comme mentionné en introduction, les infirmières et autres travailleurs de la santé sont fréquemment victimes d'agressions verbales et physiques de la part des usagers et parfois des personnes les accompagnant dans le cadre de leurs fonctions (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2017). Le domaine de la santé est, selon la CNESST (2017, 2021, 2025), le secteur professionnel le plus affecté par ces agressions. Pour l'ensemble des lésions professionnelles déclarées, on rapporte que le principal agent causal (41,2 %) est le « patient, résident d'un établissement de santé » (CNESST, 2021, 2025). Le présent chapitre vise à décrire l'ampleur de la problématique des agressions envers les travailleurs de la santé, les causes et les conséquences potentielles de celles-ci, les pistes de solution identifiées pour y faire face ainsi que les enjeux persistants en dépit des solutions envisagées. Ces éléments permettront ultimement de formuler l'objectif général de la présente étude.

### **Ampleur de la problématique des agressions envers les travailleurs de la santé**

La prévalence élevée des agressions, qu'elles soient physiques ou psychologiques, envers les travailleurs de la santé de la part des usagers est largement documentée et la démonstration n'est plus à faire qu'il s'agit d'une situation récurrente et préoccupante. Hassankhani et al. (2018) rapportent qu'un travailleur de la santé est seize fois plus à risque qu'un travailleur d'un autre domaine de subir une agression en milieu de travail, telle que des insultes, des menaces, des coups avec ou sans arme, des crachats au visage,

etc. Des études postulent aussi que certains départements ou secteurs de soins, tels que les urgences, sont plus à risque que d'autres, d'exposition à la violence et d'agressions de la part des usagers envers le personnel, particulièrement les infirmières (Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021). D'ailleurs, dans une étude réalisée en Allemagne, Schablon et al. (2022) rapportent que 97 % des infirmières travaillant en salles d'urgence ont subi des agressions verbales et 87 % des agressions physiques de la part des usagers en l'espace d'une année. Cette prévalence élevée d'agressions dans les salles d'urgence a, par ailleurs, fait l'objet de diverses prises de position éditoriales dans des revues scientifiques, signalant l'urgence d'agir pour enrayer le phénomène (Koller, 2016; Nelson et Baumann, 2021; Ramacciati et Giusti, 2020; Whitman, 2016). Malgré le fait qu'aucune étude canadienne n'ait été repérée, les différents rapports de la CNESST relèvent une occurrence élevée dans le contexte québécois, que l'utilisateur ou le résident d'un établissement de santé constitue la principale source de ces agressions, et l'on y constate une augmentation progressive des lésions au fil des années (CNESST, 2017, 2021, 2025). Ramacciati et Morales Palomares (2025) en font le même constat dans leur revue narrative mise à jour. Ce constat permet de préciser le contexte problématique en attirant l'attention plus spécifiquement sur la fréquence et la gravité des agressions subies par les infirmières travaillant en salle d'urgence de la part des usagers.

### **Causes des agressions envers les travailleurs de la santé**

Les causes expliquant la forte prévalence des agressions en milieu d'urgence envers les infirmières sont multiples. On souligne que la situation chaotique des salles d'urgence, le volume élevé d'utilisateurs, la surpopulation des salles d'attente, les longs délais

d'attente, un environnement bruyant et peu sécurisé, la présence d'usagers pouvant présenter une décompensation psychiatrique ainsi que la pénurie de personnel, constituent des facteurs contributifs à cette violence (Davey et al., 2020; Garg et al., 2020; Reißmann et al., 2023; Zamani, 2019). D'ailleurs, Garg et al. (2020) ainsi que Ramacciati et Morales Palomares (2025) ont souligné l'impact significatif de la pandémie de COVID-19 sur l'augmentation de l'agressivité dans les soins de santé, incluant les salles d'urgence. Certains auteurs ajoutent que la configuration physique des lieux (taille et confort des salles d'attente, présence ou non d'espaces non visibles, etc.) peut aussi constituer un facteur catalyseur ou inhibiteur de la violence, influençant la fréquence et la gravité des agressions (Alshahrani et al., 2021; Ilarda et al., 2024; Jacob et al., 2025; Ramacciati et Morales Palomares, 2025; Zamani, 2019). Des variables individuelles, telles que le genre (être une femme), l'âge (plus jeune et moins expérimentée) et le rôle professionnel (en proximité avec les usagers) augmentent le risque de subir une agression (Bagnasco et al., 2024; Nasir, 2024). Bon nombre d'auteurs identifient aussi la sous-déclaration marquée des incidents d'agression comme un facteur contributif à leur persistance, en raison de l'incapacité des gestionnaires d'analyser et de prévenir les événements si l'information n'est pas documentée (Maccarone et al., 2025; Nasir, 2024; Scallan et al., 2024; Shaikh et al., 2022; Whalen et al., 2024). Enfin, le type de clientèle (ayant une maladie psychiatrique ou des symptômes d'intoxication à l'alcool ou aux drogues, par exemple) agit aussi comme facteur de risque d'émergence de comportements violents (Bagnasco et al., 2024; Ilarda et al., 2024).

## **Conséquences des agressions envers les travailleurs de la santé**

Les recherches suggèrent que les agressions en milieu de travail entraînent des conséquences physiques, psychologiques, professionnelles et organisationnelles. Les paragraphes suivants décrivent celles repérées dans la littérature.

### ***Physiques***

Les conséquences des agressions les plus évidentes concernent les blessures physiques. Ces blessures peuvent aller de simples égratignures à des fractures, à l'exposition à des fluides biologiques nécessitant une prophylaxie post-exposition, ou même aller jusqu'à causer des lésions permanentes (Ashton et al., 2018; Buterakos et al., 2020; Kumari et al., 2020). Comme documenté par la CNESST (2025), au Québec, les agressions ont mené à 3 733 lésions professionnelles physiques. Dans sa méta-synthèse révisant des études réalisées dans 7 pays (États-Unis, France, Royaume Uni, Australie, Singapour, Brésil et Italie), Ashton et al. (2018) rapportent que 12 % à 79 % du personnel de l'urgence aurait déjà subi une agression physique.

### ***Psychologiques***

Au-delà des blessures physiques sur le soignant, l'exposition constante ou fréquente à des situations violentes, voire à des agressions dirigées contre soi-même ou contre des collègues, peut mener à un traumatisme psychologique vicariant, tel que le syndrome de stress post-traumatique et la fatigue empathique (Lebel, 2015). Paliwal et al. (2025) décrivent aussi que le fait de subir ou d'être témoin d'agressions dans un contexte

de soins d'urgence, affecte négativement le bien-être psychosocial et personnel. Ce même article a aussi suggéré que les professionnels ayant vécu une agression en milieu de travail, ressentent aussi des répercussions sur leur vie personnelle et sociale. D'autres auteurs identifient les agressions comme un facteur important d'épuisement professionnel et de stress accru (Rigas et al., 2024; Schablon et al., 2022). Comme documenté par la CNESST (2025), au Québec, les agressions ont mené à 1659 lésions professionnelles psychiques (psychologiques). Dans sa méta-synthèse, Ashton et al. (2018) rapportent que, 21 % à 82 % du personnel de l'urgence aurait subi une agression verbale. De plus, Kumari et al. (2020) soulignent qu'une exposition répétée à titre de témoin d'agression physique, ou le fait de subir une agression physique même sans lésion physique peut mener à une lésion psychologique. D'ailleurs, pour les professionnels de la santé, une des principales nouveautés du dernier rapport de la CNESST (2025) sur les risques psychosociaux au travail consiste en l'ajout des lésions liées au stress. L'« Exposition à un événement traumatisant ou stressant » (p.24) figure en tête de liste des types de lésions attribuables au stress responsable, lui-même agent causal principal de 33,1 % des lésions psychiques (psychologiques) en 2024.

### ***Professionnelles***

En se cumulant, les conséquences physiques et psychologiques mènent à des répercussions professionnelles importantes. Wong et al. (2017) soulignent explicitement le paradoxe dans lequel s'inscrivent les situations de violence entre une infirmière et la personne à qui elle prodigue des soins. À titre d'exemple, malgré l'agression subie,

l'infirmière doit adopter une posture empathique pour prodiguer les soins appropriés à la personne soignée. Atta et al. (2025) établissent par ailleurs une corrélation entre les agressions subies et la réduction des comportements altruistes des soignants envers les patients. De plus, même si cela ne mène pas jusqu'à l'épuisement professionnel, il est documenté qu'une exposition répétée à des agressions augmente l'intention des infirmières de quitter leur milieu de travail, pouvant aller jusqu'à l'intention de quitter la profession. D'ailleurs, dans leur étude sur les effets des agressions en milieu de travail sur l'intention de quitter des infirmières d'urgence, Park et Song (2023) ont suggéré que la fréquence des agressions de la part des usagers était le second facteur principal associé à l'intention de quitter des infirmières.

### ***Organisationnelles***

Au niveau organisationnel, les multiples effets négatifs des agressions en milieu de travail entraînent une diminution de la performance, de la productivité et de la satisfaction au travail (Bonner et McLaughlin, 2007; Edward et al., 2014; Hassankhani et al., 2018; Hsu et al., 2022). Par le fait même, la survenue d'agressions diminue la rétention du personnel (Park et Song, 2023) et, conséquemment, augmente le coût social et économique des soins de santé (Bonner et McLaughlin, 2007; Edward et al., 2014; Hassankhani et al., 2018).

Dans le rapport de la CNESST (2025), il est rapporté que la durée moyenne d'indemnisation des lésions professionnelles liées à la violence au Québec en 2024 a

atteint 175 jours. Il s'agit d'une augmentation de 31 jours par rapport à 2020. Les débours moyens pour chaque indemnité ont atteint 24 373 \$, une hausse de 38,2 % par rapport à 2020. Ces données témoignent de l'ampleur croissante des répercussions organisationnelles et économiques associées aux situations de violence en milieu de travail.

### **Pistes de solution aux agressions envers les travailleurs de la santé**

La recherche de solutions visant à contrer les agressions en milieu de travail constitue une obligation légale et réglementaire pour les employeurs du Québec. Dès 1975, l'article 46 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (Gouvernement du Québec, 2021), prescrit que les employeurs doivent s'assurer que « toute personne qui travaille a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail justes, raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique » (p. 9). Pour sa part, Agrément Canada (2021) dicte une pratique organisationnelle requise (POR) qui impose aux établissements de mettre en œuvre « une approche documentée et coordonnée afin de prévenir la violence en milieu de travail... » (p.54).

Constatant l'importance des agressions et de leurs conséquences, plusieurs organismes ont développé des directives visant à contrer ce phénomène. Dès 1996, *l'Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) a été l'une des premières organisations à émettre des directives portant sur les agressions en milieu de travail spécifiquement destinées aux travailleurs de la santé. En 2016, elle a énoncé plusieurs stratégies visant à lutter contre les agressions et le harcèlement en milieu de travail

(OSHA, 2016). Au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2009, 2019) a aussi élaboré des lignes directrices visant à prévenir les agressions, le harcèlement et l'intimidation envers les travailleurs de la santé. Plusieurs études présentent des pistes de solutions prometteuses et intéressantes à cette problématique, telles que des programmes de formation visant à outiller les soignants face aux situations à risque d'agression (Arbury et al., 2017; Hallett et Dickens, 2015), le dépistage précoce des signes précurseurs d'agression (Luck et al., 2007; Sharifi et al., 2020; Wilkes et al., 2010) ainsi que des politiques organisationnelles de prévention et de répression des agressions (Ashton et al., 2018).

La survenue d'agressions dans un milieu d'urgence ne cessera jamais complètement en raison de la nature des soins qui y sont donnés. Cependant, il est impératif de trouver des stratégies qui protègent mieux les travailleurs. Malgré l'abondance d'études allant en ce sens, ainsi que l'existence d'obligations réglementaires, ces stratégies demeurent méconnues, mal documentées ou peu utilisées. D'ailleurs, il n'existe à ce jour aucun portrait de la présence ou de l'utilisation des SVRAMT dans les salles d'urgence au Québec. Contrairement à certains autres États ou juridictions, tels que les États-Unis ou la Colombie Britannique, les organismes réglementaires québécois, tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'OIIQ et la CNESST, n'ont émis aucune directive quant aux approches à préconiser. Ainsi, les gestionnaires d'établissements interviennent selon le niveau d'importance et de priorité que chaque organisation accorde au problème des agressions envers ses travailleurs. De plus, aucune étude ne décrit la perception qu'ont les infirmières de ces SVRAMT.

En somme, le phénomène des agressions envers les travailleurs de la santé dans les urgences n'est pas nouveau, et tend même à s'intensifier. Ces agressions entraînent des conséquences personnelles, professionnelles et organisationnelles importantes et les employeurs ont l'obligation légale et réglementaire de prendre des mesures pour en réduire la fréquence et la gravité. La situation actuelle quant à la présence ou à l'utilisation des SVRAMT au Québec demeure inconnue. De plus, malgré un nombre considérable d'études réalisées, l'efficacité des SVRAMT sur la fréquence ou la gravité des agressions est encore peu documentée dans les contextes cliniques spécifiques, notamment dans les services d'urgence (Chen et al., 2025; González-González et al., 2025; Jacob et al., 2025; Reißmann et al., 2023).

Ainsi, bien que la littérature scientifique propose de nombreuses stratégies visant à réduire les agressions en milieu de travail, l'absence de données intégrées portant sur leur présence, leur utilisation et leur efficacité perçue dans les salles d'urgence au Québec met en évidence la pertinence de documenter ces stratégies et justifie la réalisation de la présente étude. Dans le contexte où les services d'urgence constituent un environnement particulièrement exposé aux situations d'agression, une meilleure compréhension des stratégies mises en place et de la perception qu'en ont les infirmières apparaît essentielle pour soutenir le développement de milieux de travail plus sécuritaires et l'amélioration des pratiques organisationnelles.

**Objectif général**

Considérant l'ampleur croissante de la problématique, les coûts physiques, psychologiques, professionnels et organisationnels importants qui y sont associés, ainsi que la vulnérabilité accrue du personnel des salles d'urgence : l'objectif général de la présente étude consiste à documenter la présence et l'utilisation des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail dans les salles d'urgence québécoises et à décrire la perception des infirmières quant à leur efficacité pour réduire la fréquence et la gravité de ces agressions.

## **Recension des écrits**

Ce chapitre a pour but de présenter les éléments pertinents recensés dans la littérature en lien avec la problématique. Afin de structurer cette recension des écrits, le chapitre est divisé en quatre sections, soit : la présentation de la stratégie de recherche documentaire, les documents de littérature grise incontournables, l'ensemble des éléments des SVRAMT recensés et enfin les constats émanant de la recension.

À l'instar des termes violence et agression, certaines terminologies emploient des termes de manière interchangeable. Bien que cela puisse, à première vue, accroître la complexité du sujet, la terminologie retenue par les auteurs a été respectée lorsque cela était possible. Toutefois, le choix du terme agression plutôt que violence est expliqué dans le chapitre « Cadres de référence » à la section « Définitions conceptuelles des variables à l'étude ».

### **Stratégie de recherche documentaire**

Considérant la nature et le contexte du sujet à l'étude, les bases de données CINAHL et MEDLINE ont été consultées. CINAHL a permis de faire ressortir les écrits scientifiques infirmiers et d'autres disciplines connexes, tout en maintenant une terminologie spécifique à la discipline infirmière. MEDLINE, pour sa part, a permis d'élargir la portée de la recherche et d'explorer la littérature émanant des disciplines médicales et biomédicales (Gray et Grove, 2020). Afin d'élaborer l'équation de recherche, une recherche des descripteurs existants a été effectuée dans le dictionnaire

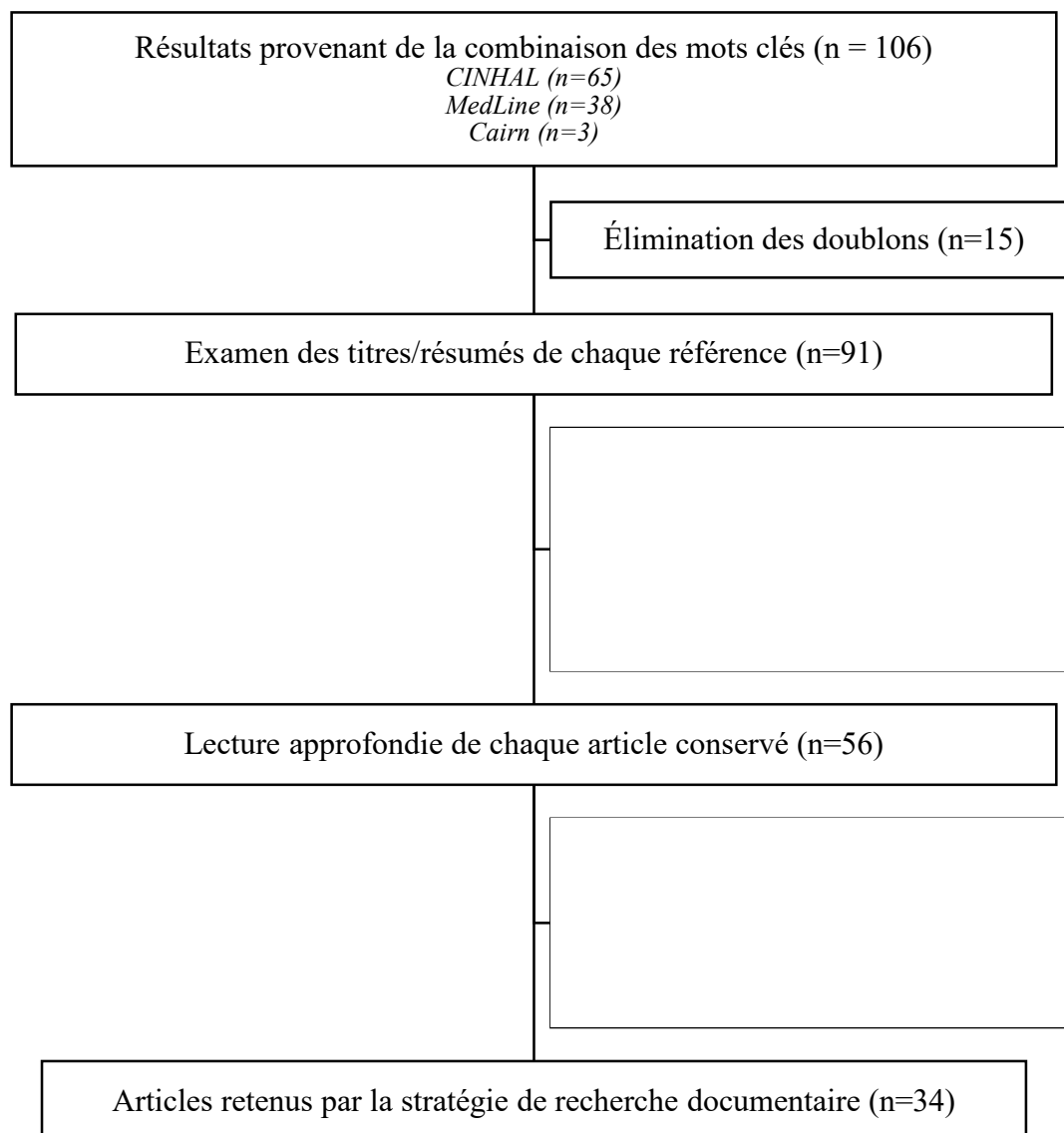
terminologique HeTOP.eu (Jamouille et al., 2018). Des termes descripteurs (Medical Subject Headings ou MeSH) ont été identifiés dans les deux bases de données afin de désigner les travailleurs de la santé (*Health Personnel*), les agressions en milieu de travail (*Workplace Violence*) ainsi que les unités de soins d'urgence (*Emergency Service, Hospital*). Les termes descripteurs constituent un vocabulaire standardisé et organisé de manière hiérarchique, produit par la *National Library of Medicine*. Ils regroupent plusieurs termes et concepts connexes afin de faciliter le repérage de l'information (U.S. National Library of Medicine, 2026). Il est utilisé pour l'indexation, le catalogage et la recherche d'informations biomédicales et liées à la santé. Les SVRAMT recensées devaient avoir pour objectif de réduire la fréquence ou la gravité des agressions, ce qui a mené à l'utilisation de mots-clés suggérés par les bases de données : *mitigation, prevention et reduction*. Cette recension des écrits constitue une étape essentielle à l'atteinte du but général de l'étude. Son élaboration exigeait dans un premier temps de recenser les SVRAMT documentées dans la littérature. Le terme « stratégie », utilisé dans l'objectif même du projet, a été exclu de l'équation puisqu'il réduisait considérablement le nombre de résultats obtenus, soit 9 articles seulement dans CINAHL (tous retrouvés avec l'équation finale) et aucun résultat dans MEDLINE. L'équation de recherche suivante a donc été déterminée « (MH "Health Personnel+") AND (MH "Emergency service") AND (MH "Workplace violence+") AND (mitigation OR prevention OR reduction) » et les bases de données ont été consultées en octobre 2021, puis à la suite de l'analyse des données, à l'automne 2025, afin d'assurer une mise à jour des références recensées. L'équation de recherche a ensuite été appliquée à la base de données Cairn, ce qui a

permis d'identifier deux articles additionnels issus de la littérature scientifique francophone.

### *Critères de sélection des articles*

Une fois l'équation de recherche déterminée, les articles rédigés en français ou en anglais, disposant d'un résumé accessible et publiés depuis 2016, soit au cours des cinq années précédant la recension initiale, ont été sélectionnés. Un exercice d'élimination des doublons a ensuite été effectué à l'aide du logiciel EndNote 20. Le résumé de chaque article retenu a été lu et les publications qui n'étaient pas d'ordre scientifique (éditoriaux, témoignages, chroniques), non accessibles ou ne permettant pas d'obtenir des résultats concernant les infirmières ont été éliminées. Les études américaines portant exclusivement sur le maniement d'armes par les soignants et sur le port de caméras corporelles ont également été exclues, ces pratiques n'étant pas permises dans le contexte canadien. À la lecture complète des textes, les SVRAMT issues d'études ne permettant pas de conclure à leur efficacité ont aussi été exclues. Enfin, bien que plusieurs autres textes aient contribué à documenter la problématique et le contexte théorique, seuls les articles traitant explicitement des SVRAMT ont été retenus pour documenter la recension des stratégies (figure 1). Malgré une date de publication antérieure à la période visée par la recension, l'article de Gillespie et al. (2013) a néanmoins été retenu puisqu'il est largement cité dans la littérature et présente trois SVRAMT qui n'ont pas été recensées dans les autres écrits.

**Figure 1**  
*Diagramme de flux*



### ***Documents de littérature grise incontournables***

Deux documents issus de la littérature grise ont été intégrés à la recension des écrits parce qu'ils présentent quatre SVRAMT distinctes, qu'ils abordent également la majorité des autres stratégies repérées et qu'ils sont cités dans plusieurs articles recensés, appuyant ainsi les autres stratégies identifiées. Il s'agit des lignes directrices de l'OSHA (2016) et de l'AIIO (2019). Ces documents sont fondés sur des écrits scientifiques et incluent plusieurs références pertinentes qui soutiennent leurs recommandations, ce qui contribue à renforcer leur crédibilité et leur pertinence dans le contexte de la présente recension des écrits. D'autres écrits incontournables provenant de la littérature grise ont également été inclus dans la recension des écrits, soit le *Rapport mondial sur la violence et la santé* (Krug et al., 2002) et les *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé* (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002). Selon l'OMS, ces écrits définissent plusieurs concepts importants et jettent les bases de la prévention des agressions en milieu de travail. Ils sont aussi souvent cités dans les publications scientifiques recensées. Les SVRAMT recensées sont présentées dans la section suivante.

### **SVRAMT recensées**

L'analyse de ces articles scientifiques ainsi que de certaines lignes directrices de référence a permis de recenser 47 SVRAMT ainsi que six éléments de contenu de formation.

Le cadre de référence des milieux de travail sains (Grinspun et Banjok, 2018) a permis de classer et d'organiser les multiples SVRAMT et leurs interrelations complexes, et ainsi d'assurer une présentation cohérente de celles-ci pour les répondantes au questionnaire. Il offre de plus une structure dans la présentation de la recension des écrits, des résultats et de l'analyse de ceux-ci. Ce cadre de référence est décrit dans le chapitre suivant (figure 2). La classification a été réalisée par l'étudiant chercheur, et certaines modifications ont été apportées à la suite de discussions et d'échange avec les experts académiques. Afin de faciliter la lecture des informations présentées dans les sections qui suivent, une recension synthétisée des différentes stratégies repérées et organisées selon ce modèle peut être consultée à l'appendice A.

### ***Niveau individuel***

Les facteurs individuels de l'infirmière « comprennent les qualités personnelles, le savoir et les compétences qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail » (AIIAO, 2019, p. 32). À la lumière de cette définition, deux SVRAMT ont été regroupées sous ce facteur : la connaissance du plan de sortie sécuritaire, autrement dit, 1) savoir par où fuir en cas de menace (Gillespie et al., 2013) ; et 2) le port de vêtements sécuritaires (cordelette à déclenchement, absence d'accessoires volumineux, etc.) (Alshahrani et al., 2021).

Les facteurs individuels de demande de travail cognitif et psychosocial comprennent les connaissances cliniques et les habiletés communicationnelles,

d'adaptation et de travail d'équipe (AIIAO, 2019). À la lumière de cette définition, il est pertinent d'inclure sous ce facteur ces six SVRAMT: 1) la capacité à mettre en œuvre des techniques de désescalade lors de situations avec un usager agressif (Kumari et al., 2020; Phillips, 2016; Wirth et al., 2021); 2) les bonnes aptitudes de communication (Brunero et al., 2021; Gillespie et al., 2013; Kumari et al., 2020; Paliwal et al., 2025) qui font référence aux facteurs cognitifs du travailleur; 3) la documentation des agressions (Bagnasco et al., 2024; Buterakos et al., 2020; Maccarone et al., 2025; Nasir, 2024; Paliwal et al., 2025; Scallan et al., 2024; Shaikh et al., 2022); 4) la consultation des antécédents (Alshahrani et al., 2021; Emam et al., 2018; Ilarda et al., 2024); 5) l'utilisation précoce d'un outil validé d'évaluation du risque (González-González et al., 2025; Ilarda et al., 2024; Paliwal et al., 2025; Reißmann et al., 2023; Souli et al. 2018); et 6) les techniques de désescalade et de communication (Arbury et al., 2017; Cabilan et al., 2020; Gillespie et al., 2013; Ilarda et al., 2024; Maccarone et al., 2025; Nasir, 2024; Phillips, 2016; Reißmann et al., 2023; Senz et al., 2021; Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021).

Les facteurs de demande d'effort physique « sont toute exigence de capacité physique et d'effort, comme la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment [...] et les menaces pour la sécurité personnelle » (AIIAO, 2019, p. 33). À la lumière de cette définition, il est pertinent d'inclure ces quatre SVRAMT sous ce type de facteurs : 1) l'intervention précoce en cas d'escalade d'agressivité ; 2) le maintien d'une distance sécuritaire entre le patient et l'infirmière, lorsque possible (Gillespie et al., 2013; Wirth et al., 2021); 3) la mise en application de certains apprentissages, tels que les

techniques de dégagement sécuritaire en cas d'agression ; et 4) s'assurer que les objets pouvant servir d'arme sont hors de portée (Bagnasco et al., 2024; Jacob et al., 2025).

### *Niveau organisationnel*

Les facteurs sociaux et organisationnels sont décrits comme la « stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail et la culture d'apprentissage continu et de soutien » (AIIAO, 2019, p. 32). Selon cette définition, dix SVRAMT peuvent y être incluses : 1) afficher clairement qu'aucune agression n'est tolérée ou tolérance zéro (González-González et al., 2025; Shaikh et al., 2022); 2) le port de cartes d'identité afin de facilement distinguer les accompagnateurs et usagers des employés (Alshahrani et al., 2021; Copeland et Henry, 2017; Shaikh et al., 2022); 3) des actions visant les usagers, tels qu'un système performant de gestion des plaintes (Kumari et al., 2020); 4) la contribution des gestionnaires dans la mise en œuvre des SVRAMT et d'une culture de sécurité (Al-Qadi, 2020; Arbury et al., 2017; González-González et al., 2025; Schablon et al., 2022); 5) la réduction des temps d'attente (AlShehri, 2020; Kumari et al., 2020); 6) la mise en place de systèmes permettant la documentation des agressions, la consultation des antécédents et une communication adéquate entre les intervenants (Alshahrani et al., 2021; Emam et al., 2018; Gillespie et al., 2014; Ilarda et al., 2024); 7) l'organisation doit établir un système afin de recenser et suivre la quantité et le type d'agressions dans ses installations (Copeland et Henry, 2017; Emam et al., 2018; Gillespie et al., 2013; Whalen et al., 2024); 8) les pratiques de dotation dont les ratios soignants/soignés élevés (Alshahrani et al., 2021; Copeland et Henry, 2017;

Kumari et al., 2020; Phillips, 2016; Reißmann et al., 2023); 9) le nombre restreint de visiteurs ainsi que des heures de visites (Gillespie et al., 2013; Wirth et al., 2021); et 10) effectuer systématiquement du débriefage entre professionnels lorsqu'une agression survient (AIIAO, 2019).

Les facteurs professionnels et organisationnels regroupent des stratégies qui concernent le champ d'exercice de l'infirmière incluant la pratique, le degré d'autonomie professionnelle et la nature des relations interprofessionnelles (AIIAO, 2019). Quatre SVRAMT peuvent y être reliées : 1) l'examen systématique des événements en équipe multidisciplinaire (Gillespie et al., 2013) ; 2) la disponibilité de personnel spécialisé en santé mentale (Charrier et al., 2019; Phillips, 2016) ; 3) ainsi que la possibilité de faire appel à des agents de sécurité (Wong et al., 2018). Certaines stratégies se retrouvent interreliées dans plusieurs dimensions de façon simultanée, c'est notamment le cas de 4) l'utilisation de matériel standardisé (AlShehri, 2020; Davids et al., 2021) qui pourrait aussi être catégorisée dans les facteurs physiques ou organisationnels.

Les facteurs physiques organisationnels correspondent aux SVRAMT qui traitent des installations physiques (AIIAO, 2019). En lien avec cette définition, il est pertinent d'inclure les 15 SVRAMT suivantes sous ce type de facteur : 1) présence en tout temps d'un nombre suffisant d'employés formés ou d'agents de sécurité (González-González et al., 2025; Reißmann et al., 2023); 2) conception adéquate des lieux incluant les éléments suivants : éclairage adéquat (Kumari et al., 2020; Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021; Zamani, 2019); 3) caméras de surveillance en circuit fermé en place (Kumari et al., 2020;

Phillips, 2016); 4) espaces d'attente divisés afin de réduire l'agitation et la « contamination » de cette agitation chez d'autres usagers (Wirth et al., 2021); 5) boutons panique disponibles (Kumari et al., 2020; Wirth et al., 2021); 6) contrôle ou la restriction d'accès aux espaces de soins (Alshahrani et al., 2021; AlShehri, 2020; Jacob et al., 2025; Wirth et al., 2021; Zamani, 2019); 7) conception des lieux physiques permettant de réduire les espaces sans surveillance avec l'utilisation de miroirs convexes et de fenêtres (Ilarda et al., 2024; Jacob et al., 2025; Ramacciati et Morales Palomares, 2025; Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021; Zamani, 2019); 8) salles disposant toutes d'au moins deux sorties afin de permettre la fuite (Zamani, 2019); 9) salle de désescalade qui permet de réduire les stimuli susceptibles d'aggraver la crise chez les usagers agressifs ou désorganisés (Copeland et Henry, 2017); 10) aménagement confortable des espaces d'attente (Jacob et al., 2025; Wirth et al., 2021); 11) détecteurs de métal pour déceler les objets prohibés susceptibles de mettre en danger la sécurité de tous lors d'un doute raisonnable de risque sérieux (Copeland et Henry, 2017; Kumari et al., 2020; Phillips, 2016); 12) assurer que les usagers agressifs puissent être traités et évalués dans des emplacements sécuritaires, idéalement ouverts, tout en respectant la confidentialité (Alshahrani et al., 2021); 13) la standardisation de l'équipement de mesures de contrôle (contentions) (AIIAO, 2019); 14) les objets pouvant être fixés le sont (mobilier, contenants pour objets tranchants, etc.); 15) rendre disponibles des salles sécurisées (*safe room*) pouvant être utilisées par le personnel en cas d'agression grave (tel qu'un tireur actif) (OSHA, 2016).

Les différentes formations pourraient être classées au niveau organisationnel comme type de facteur social. Cependant, dans la présente étude, elles sont dissociées des

autres SVRAMT en raison de leur grande variabilité et du corpus de recherche spécifique à ces dernières (Al-Qadi, 2020; AlShehri, 2020; Corneau et Lauzier, 2025; Gillespie et al., 2013; Wirth et al., 2021). Des réflexions émergentes à ce sujet sont discutées dans le chapitre de discussion.

### *Niveau externe*

Les facteurs professionnels externes sont décrits comme « la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés » (AIIAO, 2019, p. 32). À la lumière de cette définition, il serait pertinent d'y inclure les deux SVRAMT suivantes : 1) établir des liens avec les corps policiers pour gérer les plaintes et les assauts (Emam et al., 2018) ; 2) la nature de la couverture médiatique (positive ou négative) envers les travailleurs de la santé, qui peut avoir un impact sur la réduction des agressions envers les professionnels de la santé (Kumari et al., 2020).

Les facteurs socioculturels externes sont constitués du profil de la population (marginalisée, consommatrice de drogues, multiethnique, etc.) (AIIAO, 2019). Il est pertinent d'inclure ces deux SVRAMT sous ce type de facteur : 1) programmes sociaux et spécialisés visant les populations vulnérables (par exemple sans domicile ou utilisateurs de substances) (Gillespie et al., 2013) ; et 2) le refus de considérer les agressions violentes comme faisant partie des risques normaux du travail (Ashton et al., 2018; Bagnasco et al., 2024).

Les facteurs de politique externe « comprennent tout, du modèle de prestation de soins de santé local au financement, et les cadres législatif, commercial, économique et politique qui façonnent la société » (AIIAO, 2019, p. 33). En lien avec cette explication, il est pertinent d'y inclure les deux SVRAMT suivantes sous ce type de facteur : 1) attitude favorable des politiciens envers les travailleurs de la santé (Kumari et al., 2020). Par exemple, lors de la pandémie de COVID-19, le soutien des politiciens aurait contribué à la protection des professionnels de la santé ; 2) caractère punitif ou aggravant de la loi à l'égard des agressions envers les travailleurs de la santé (Arbury et al., 2017; Copeland et Henry, 2017; Emam et al., 2018; Gillespie et al., 2014).

### **Constats émanant de la recension des écrits**

La présente recension des écrits permet de faire trois principaux constats en regard 1) du niveau des SVRAMT documentées, 2) de l'objet d'étude et 3) des spécificités régionales.

#### ***Niveau des stratégies documentées***

Les stratégies de niveau organisationnel, physique et social sont très nombreuses (29/47, soit 61,7 %), ce qui permet de constater que la responsabilité organisationnelle dans la réduction des agressions est davantage mise de l'avant que celle des individus ou des stratégies externes. Cette observation est corroborée par plusieurs auteurs (Gillespie et al., 2014; Kalbali et al., 2018; Ramacciati et Morales Palomares, 2025) qui soulignent que les efforts de prévention se concentrent souvent sur des changements structurels ou

organisationnels, au détriment des stratégies individuelles et externes. Ces résultats suggèrent davantage de leviers organisationnels dans les approches documentées de prévention des agressions.

### ***Objet des études réalisées***

Les études existantes s'intéressent beaucoup aux stratégies axées sur la formation. Pourtant, dans une revue systématique ayant analysé quinze articles portant sur les SVRAMT, Wirth et al. (2021) constatent que peu d'études ont évalué l'efficacité des SVRAMT, incluant l'efficacité des formations, sur la réduction des agressions envers les travailleurs de la santé. Les auteurs concluent que la majorité des études se limitent à décrire la formation des travailleurs comme SVRAMT au détriment des autres stratégies existantes, pourtant, largement énoncées dans de nombreuses études. D'autres études publiées antérieurement et plus récemment témoignent des mêmes préoccupations quant au manque de recherche portant sur l'évaluation de l'efficacité des stratégies déployées dans les organisations (Anderson et al., 2010; Chen et al., 2025; González-González et al., 2025; Jacob et al., 2025; Reißmann et al., 2023). Ces constats mettent en évidence un écart entre la diversité des stratégies proposées et la documentation de leur efficacité. Les quatre SVRAMT non répertoriées dans la littérature scientifique témoignent en partie de ce manque d'études empiriques portant sur la nature et l'évaluation de certaines stratégies.

### ***Spécificité régionale***

Les phénomènes violents ayant un caractère culturel et individuel important (donc une certaine subjectivité dans la perception de ceux-ci) représentent une limite dans la généralisation des résultats d'études sur ce sujet (Jia et al., 2020). De plus, certaines caractéristiques, telles que la faible présence d'armes à feu sur le territoire canadien (Small Arms Survey, 2018), imposent des limites à l'interprétation et à la transférabilité, notamment de certaines études en provenance des États-Unis. Ensuite, certaines caractéristiques du système de santé québécois, comme le virage ambulatoire, font en sorte que le nombre de lits d'hôpital disponibles pour la population se situe parmi les plus faibles des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Choinière, 2025). Ces particularités soulignent l'importance de produire des connaissances adaptées au contexte québécois. Ces éléments renforcent la pertinence de mener des études sur la situation québécoise.

## **Cadres de référence**

Ce chapitre présente les deux cadres de référence utilisés dans la présente étude. Les concepts clés de ces cadres y sont définis et les objectifs spécifiques ainsi que les questions de recherche y sont également présentés.

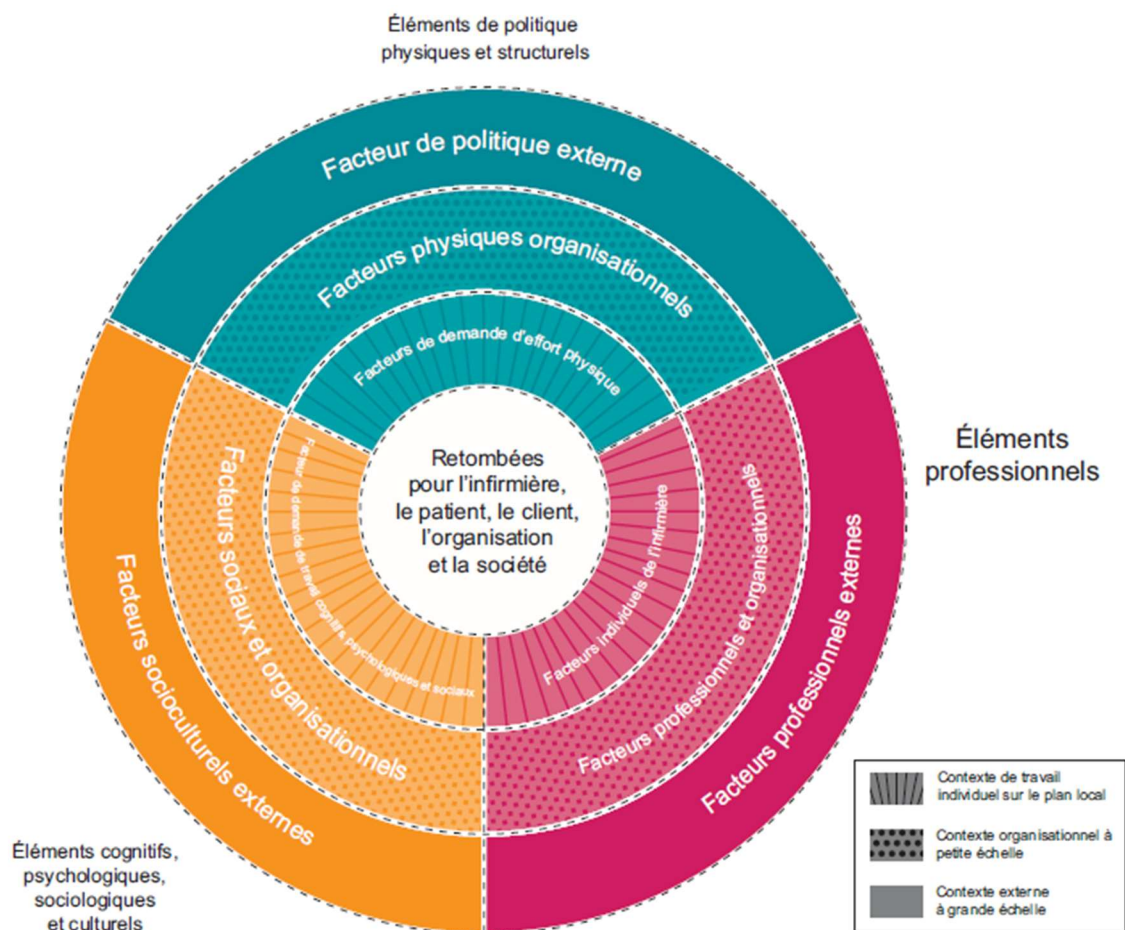
### **Modèle des milieux de travail sains**

Le premier cadre de référence illustré à la Figure 2 est celui du « Modèle des milieux de travail sains » (Grinspun et Banjok, 2018). Il a été utilisé pour soutenir l'ensemble du processus de recherche. Il a permis de regrouper de manière cohérente les différentes SVRAMT selon leurs caractéristiques spécifiques et ce regroupement a été utilisé tant dans la recension des écrits que dans la construction du questionnaire et l'analyse des résultats. Le « Modèle des milieux de travail sains » est suggéré dans les écrits de l'AIIAO (2019) comme outil pour améliorer les milieux de travail. Les auteurs ont publié ce cadre de référence dans le document *Transforming Nursing Through Knowledge* à l'intention des infirmières (Grinspun et Banjok, 2018).

Ce modèle conceptuel a été développé en prenant pour base le modèle d'O'Brien-Pallas et Baumann (1992) : *Quality of nursing worklife issues*. Il a été créé afin de « mieux expliquer les multiples niveaux, divers facteurs, relations complexes et impacts synergiques associés aux milieux de travail sains. » (Traduction libre, Banjok et Stewart-Pyne, 2018, p. 71). Dans le cas de la présente étude, le grand volume de SVRAMT recensées illustre la complexité décrite par les auteurs. Ce modèle comprend trois

éléments principaux : 1) les éléments physiques, organisationnels et politiques ; 2) les éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels ; et 3) les éléments professionnels. Selon ce modèle, chacun de ces éléments comprend trois composantes contextuelles : 1) le contexte de travail individuel sur le plan local ; 2) le contexte organisationnel à petite échelle ; et 3) le contexte externe à grande échelle. Un milieu de travail sain constitue le résultat de l'interdépendance entre les neuf catégories composant le système. Une catégorisation de chaque SVRAMT a été effectuée par l'étudiant-chercheur et validée avec les experts académiques et de contenu.

**Figure 2**  
*Modèle des milieux de travail sains*



Source : AIIAO. (2019). *Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé*. p.29

### **Cadre d'analyse de risque dans les organisations de soins de santé**

Le second cadre de référence est le cadre d'analyse de risque dans les organisations de soins de santé, tel que décrit par Pascarella et al. (2021). Une légère adaptation a été effectuée consistant à séparer en deux dimensions l'efficacité. L'utilisation d'une matrice

de risque quantitative comme outil pour mesurer cette efficacité plutôt que le risque lui-même est aussi une adaptation. Ce cadre propose une démarche en deux volets visant à évaluer : 1) le niveau de risque, et 2) l'adéquation des stratégies proposées pour pallier ce risque. Ce deuxième volet est l'objet principal de la présente étude (Tableau 1). Selon Pascarella et al. (2021), l'évaluation de l'adéquation d'une stratégie repose sur quatre éléments clés afin de déterminer si une stratégie de gestion de risque est adéquate ou non. Il faut : 1) la présence d'une documentation officielle et à jour portant sur la stratégie ; 2) la connaissance de l'existence de la stratégie par les acteurs terrain qui pourraient être appelés à l'utiliser ; 3) l'utilisation de la stratégie par ces acteurs, et 4) une efficacité suffisante de la stratégie à réduire le risque visé (en fréquence et en gravité). Dans le contexte des SVRAMT, la démarche proposée par Pascarella et al. (2021) doit être légèrement adaptée.

**Tableau 1**  
*Évaluation de l'adéquation de la stratégie*

Évaluation de l'adéquation des stratégies					
Stratégie à évaluer	Documentation	Sensibilisation	Utilisation	Efficacité	
		Officiellement documentée et à jour	Connue des acteurs concernés	Utilisée par les acteurs concernés	Impact pour réduire la probabilité d'évènement

*Source* : Traduction libre et adaptation de Pascarella, G., et al. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy*, 14, 2897-2911. (Table 6)

Les matrices de risque sont des outils connus et utilisés, entre autres, dans les démarches de gestion des risques en santé publique au Québec (Cortin et al., 2016). De plus, les démarches structurées de gestion des risques constituent une exigence d'Agrément Canada (2021) et sont intégrées dans la mise à jour du document *Approches en gestion intégrée des risques et en prévention et contrôle des infections à l'intention des maisons des aînés* (Gouvernement du Québec, 2023). Cette démarche intégrée a pour intention de réduire les risques à la source, mais aussi de prévenir la récurrence des événements lorsqu'ils surviennent. Ainsi, l'utilisation d'une matrice de risque permet de soutenir l'analyse de l'efficacité des SVRAMT.

Bien que le cadre de référence proposé ne soit pas spécifique aux sciences infirmières, Pascarella et al. (2021) en présentent une version adaptée au milieu de la santé à partir de mécanismes d'analyses initialement développés pour le domaine du génie nucléaire. D'ailleurs, Nazon et Perron (2014) proposent qu'une approche pluraliste profitant des savoirs empruntés aux autres disciplines puisse être bénéfique. Selon ces

auteures, cette approche pluraliste ferait partie de la nature holistique de la discipline infirmière et serait même souhaitable pour le développement de cette dernière.

De plus, le cadre de référence proposé se prête parfaitement à la proposition de Brousseau (2019), qui souligne que les gestionnaires infirmières adoptent une démarche scientifique dans l'évaluation des problèmes. Effectivement, le processus de recherche permettra notamment de collecter des données, d'identifier des obstacles ou des facilitateurs au déploiement des différentes stratégies, d'engager les infirmières dans le changement et d'évaluer les environnements hospitaliers.

Combinés, les cadres de référence de Banjok et Stewart-Pyne (2018) et de Pascarella et al. (2021) permettent d'assurer une cohérence conceptuelle entre les différentes étapes de la recherche et de soutenir l'analyse de l'efficacité des SVRAMT.

### **Définitions conceptuelles des variables à l'étude**

Les trois variables principales de l'étude sont la présence, l'utilisation et l'efficacité des SVRAMT et seront décrites dans les paragraphes suivants. De plus, trois concepts clés ont été étudiés dans le cadre de cette recherche : l'agression en milieu de travail, l'adéquation des stratégies pour pallier le risque d'agression et finalement, les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail.

### *Présence*

Tel que décrit dans le cadre conceptuel de Pascarella et al. (2021), la présence d'une stratégie comprend deux dimensions essentielles à son adéquation. Dans le cadre de la présente étude, la variable « présence » renvoie toutefois à la perception qu'ont les répondantes de l'existence d'une SVRAMT dans leur milieu de travail. En effet, la présence d'une stratégie repose d'une part sur sa documentation officielle au sein de l'organisation (présence de politiques, procédures ou autres écrits officiels) et, d'autre part, sur sa connaissance par les acteurs clés concernés (dimension de sensibilisation). Il est possible que certaines SVRAMT soient déployées sans que cela soit connu par les soignantes, ou qu'au contraire certaines soient perçues comme relevant de l'initiative individuelle sans qu'elles soient officiellement soutenues par l'organisation. La première dimension de la présence (la documentation) nécessiterait une recension exhaustive dans toutes les organisations sondées, ce qui n'est pas réaliste dans le cadre de la présente étude. Les répondantes ont donc été questionnées sur la seconde dimension, soit leur perception de la présence ou de l'absence d'une SVRAMT dans leur milieu.

### *Utilisation*

L'utilisation d'une SVRAMT par les intervenantes constitue un autre critère central de son adéquation. Selon Pascarella et al. (2021), l'utilisation d'une stratégie correspond à son application systématique lorsque le risque survient. Une stratégie robuste serait incontournable lorsqu'elle intervient sur le risque pour lequel elle a été mise en

place. L'utilisation a été évaluée à partir de la déclaration des répondantes quant à leur recours ou non à la SVRAMT.

### *Efficacité*

Ensuite, il est nécessaire de préciser ce qui définit l'efficacité d'une stratégie (le quatrième élément requis pour établir son adéquation). À partir de la description de l'efficacité et du principe de matrice quantitative décrit dans le cadre de référence de Pascarella et al. (2021), une matrice de risque, intégrant ces deux axes (fréquence et gravité), a été élaborée (Tableau 2). Cette matrice permet d'effectuer une gradation de l'efficacité des stratégies en calculant l'efficacité cumulée des deux axes. En multipliant l'impact sur la probabilité d'agression par l'impact sur la gravité de celles-ci, on obtient une mesure d'efficacité cumulée permettant de comparer les SVRAMT entre elles.

**Tableau 2**  
*Matrice quantitative d'efficacité*

		Impact pour réduire la gravité des agressions				
		Très faible (1)	Faible (2)	Moyen (3)	Élevé (4)	Très élevé (5)
Impact pour réduire la probabilité d'agression	Très faible (1)	Très bas (1)	Très bas (2)	Bas (3)	Bas (4)	Modéré (5)
	Faible (2)	Très bas (2)	Bas (4)	Modéré (6)	Modéré (8)	Modéré (10)
	Moyen (3)	Bas (3)	Modéré (6)	Modéré (9)	Modéré (12)	Haut (15)
	Élevé (4)	Bas (4)	Modéré (8)	Modéré (12)	Haut (16)	Très haut (20)
	Très élevé (5)	Modéré (5)	Modéré (10)	Haut (15)	Très haut (20)	Très haut (25)

Gradation de l'efficacité				
Très basse (1-2)	Basse (3-4)	Modérée (5-12)	Haute (13-19)	Très haute (20-25)

*Source* : Traduction libre et adaptation de Pascarella, G., et al. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Management Healthcare Policy*, 14, 2897-2911. (Table 3)

### ***Agression en milieu de travail***

Dans les écrits et textes de référence, le terme « violence » est parfois utilisé de façon « interchangeable » avec le terme « agression ». Cependant, Nal (2016) rappelle que le terme violence est polysémique. « On nomme comme violents un certain nombre de comportements ou de relations sans préciser leur nature » (p. 33). D'ailleurs, cet auteur explique que, lexicalement, l'agression correspond au passage à l'acte dans un contexte d'agressivité et consiste en « une atteinte avérée à l'intégrité physique ou psychologique des personnes » (p. 35). Il définit d'ailleurs l'agressivité comme étant une forme de

violence. Pour cette raison, le terme « agression » est utilisé dans ce mémoire afin de refléter l'acte subi. Une précision sur ce concept concerne l'agression en milieu de travail. L'Organisation mondiale de la Santé (2002) offre la définition la plus largement utilisée dans la littérature. Il s'agit d'un « incident où le travailleur est abusé, menacé ou attaqué dans des circonstances liées à son travail [...]. Cela inclut la menace explicite ou implicite à sa sécurité, son bien-être ou sa santé » (p. 3).

### *Adéquation des stratégies pour pallier le risque*

Comme énoncé dans la description du cadre de référence, Pascarella et al. (2021) proposent de prendre en considération quatre éléments clés afin de déterminer si une stratégie est adéquate ou non : 1) l'existence d'une documentation officielle et à jour portant sur la stratégie ; 2) la connaissance (sensibilisation) de la stratégie par les acteurs terrain qui l'utiliseront ; 3) l'utilisation effective de la stratégie par ces acteurs ; et 4) l'efficacité de la stratégie à réduire le risque visé. L'adéquation est déterminée en fonction des réponses obtenues pour chacun de ces quatre éléments clés. Leur combinaison permet ensuite d'identifier les stratégies les plus adéquates pour répondre à l'origine du problème. Le premier élément, la documentation, renvoie au caractère officiel de la stratégie mise en place, par exemple, son intégration dans une politique, une formation, un texte de loi ou un protocole. Le deuxième élément, la sensibilisation, est le reflet de la capacité d'une organisation à diffuser et à s'assurer que les travailleurs connaissent l'existence de la stratégie. Le troisième élément, l'utilisation, est généralement tributaire du second. Pour qu'une stratégie soit utilisée, les intervenants doivent tout d'abord être sensibilisés à

l'existence de celle-ci. Enfin, le quatrième élément, l'efficacité, est aussi tributaire du troisième élément, car si elle n'est ni connue, ni utilisée, elle ne peut être efficace.

### ***Stratégie visant la réduction des agressions en milieu de travail***

Les travaux de Wirth et al. (2021) permettent de bien décrire les SVRAMT en montrant qu'elles poursuivent essentiellement deux objectifs : 1) réduire la probabilité que surviennent des agressions en milieu de travail (fréquence) ; et 2) réduire la gravité de ces agressions lorsqu'elles surviennent. En regroupant le modèle des milieux de travail sains et la description proposée par Wirth et al. (2021), les SVRAMT peuvent être définies comme l'ensemble des stratégies de niveau individuel, organisationnel ou externe visant à réduire la probabilité qu'une agression survienne ou à en diminuer la gravité. Les SVRAMT ne sont donc pas un concept en soi, mais constituent un acronyme utilisé afin d'alléger le présent texte, chacune des lettres représentant une combinaison de concept définis.

En regard de la faisabilité de cette étude de maîtrise, ce projet de recherche s'est concentré sur la détermination de la présence et de l'utilisation des stratégies dans les milieux d'urgence selon les connaissances des infirmières et la perception de ces dernières quant à l'efficacité des SVRAMT à réduire la fréquence et la gravité des agressions.

### **Posture ontologique**

La profession infirmière est une discipline unique possédant son propre corpus de connaissances et ayant des fondements propres. Cependant, elle ne peut se soustraire aux

principes fondamentaux de la recherche et chacune des briques s'insère dans une structure commune aux disciplines scientifiques (Pépin, 2008).

L'attrait d'une posture ontologique objectiviste apporte le confort d'une certitude absolue qu'il ne faut que saisir. L'existence d'une réalité objective est rassurante et plus facile à comprendre d'un point de vue abstrait que son opposé subjectiviste. D'ailleurs, évoluant dans un milieu de soins critiques, je travaille quotidiennement avec des indicateurs chiffrés, des calculs de risque relatif pour la prise de décision et collabore avec un grand nombre d'acteurs ancrés davantage dans un paradigme positiviste, appuyé principalement sur des indicateurs quantitatifs issus de bases de données cliniques ou comptables. Je cherche donc à tendre vers l'objectivisme, car cela facilite les échanges interdisciplinaires.

La création de l'ensemble de concepts formant le métaparadigme infirmier par Fawcett (1984) et la large adhésion des chercheuses infirmières à celui-ci a amené la profession infirmière et ses valeurs intrinsèques à s'ancrer lourdement dans une position subjectiviste se développant dans une ontologie transformationnelle (Pépin et al., 2017). Le rôle infirmier et l'ontologie transformationnelle dans laquelle il s'est développé se placent en tension avec mon rôle quotidien de gestion, qui fait plutôt appel à une ontologie objectiviste. Il est possible de faire une analogie avec le constat d'écart de pertinence entre le travail théorique et la pratique nommé par Risjord (2010). Cependant, l'étude touche aux éléments du métaparadigme en s'intéressant à la perception des infirmières (personne), à l'environnement de travail en ce qui a trait à la présence ou non de SVRAMT

(environnement), à la relation entre les soignants et les soignés (le soin) ainsi qu'à la relation entre les agressions et la santé en général des soignants qui subissent des agressions (santé) témoignant ainsi d'une posture résolument ancrée dans la discipline infirmière.

Cette tension ontologique n'est pas unique à mon expérience ; elle est décrite par Grix (2018) et une approche pluriparadigmatique est même encouragée par certains érudits en sciences infirmières (Nazon et Perron, 2014; Weaver et Olson, 2006). Je tends donc à favoriser la posture qui découle logiquement des fondations épistémologiques précédemment décrites. De plus, il est inconcevable, à mon avis, qu'un chercheur soit en mesure de faire preuve d'une totale neutralité dans les sciences de la santé. En effet, il est fondamental que le chercheur (ou même le professionnel) ait, au contraire, pleine connaissance de ses valeurs et préjugés afin d'être en mesure de les reconnaître et, s'il le souhaite, d'atténuer les effets de ces derniers sur ses travaux. Saint-Arnaud (2019) place même cette reconnaissance de nos propres valeurs dans les travaux que nous menons comme fondement d'un travail éthiquement acceptable. En effet, prétendre à une neutralité absolue risque de masquer des biais et de mener à des conclusions erronées ou à des interventions dangereuses. Même s'il est plus subtil, ce déni des biais induits par nos propres valeurs pourrait fausser les résultats au même titre qu'un devis de recherche dans lequel on aurait ignoré les limites reconnues.

Cela étant dit, la valeur qui se trouve au cœur de mes travaux (tant académiques que professionnels) est la sécurité du personnel soignant. J'ai conscience que cela teinte

mes interventions et mon approche sur la plupart des problèmes que je tente de résoudre, mon problème de recherche y compris. S'y ajoutent celles de l'importance de la qualité des soins et du respect des droits des usagers.

S'inscrivant tout à fait dans la posture ontologique décrite, Bronfenbrenner (1979) décrit le modèle écologique du développement de l'humain et sépare en différents systèmes les éléments qui composent un phénomène tout en reconnaissant l'interdépendance de chacune des strates d'analyse. Selon la nature de la strate, voire de l'élément étudié, différents niveaux de mesure ou différentes méthodes doivent être utilisés. C'est une adaptation des principes de ce modèle qui a mené Banjok et Stewart-Pyne (2018) à développer le modèle des milieux de travail sains. Ce modèle vers lequel j'ai été intuitivement attiré semble découler tout à fait naturellement des postures philosophiques auxquelles je m'identifie.

En combinant ce dernier au cadre d'analyse du risque dans les organisations de soins de santé de Pascarella et al. (2021), nous répondons à la tension ontologique exprimée tout en s'inscrivant de façon franche dans le domaine infirmier.

Les cadres de référence retenus et la posture ontologique adoptée orientent directement les choix méthodologiques de la présente étude, notamment en ce qui concerne le devis de recherche, les variables étudiées et les stratégies de collecte et d'analyse des données, qui sont présentés au chapitre suivant.

### Objectifs spécifiques

Afin de répondre à la problématique générale et de combler les lacunes identifiées dans la recension des écrits, la présente étude vise à atteindre les quatre objectifs spécifiques suivants, s'appuyant sur les travaux de Banjok et Stewart-Pyne (2018) et de Pascarella et al. (2021) :

- 1) Identifier les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail **présentes** selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.
- 2) Identifier les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail **utilisées** par les infirmières, selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.
- 3) Décrire l'efficacité des stratégies visant la réduction de la **fréquence** et de la **gravité** des agressions en milieu de travail, selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.

### Questions de recherche

En s'inspirant du cadre de référence de Pascarella et al. (2021), l'étude vise à répondre aux quatre questions de recherche suivantes :

Selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec :

1. Quelles sont les stratégies présentes visant la réduction des agressions en milieu de travail ?

2. Quelles sont les stratégies utilisées visant la réduction des agressions en milieu de travail ?
3. Quelle est l'efficacité des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail, en regard de la réduction de la fréquence des agressions ?
4. Quelle est l'efficacité des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail, en regard de la réduction de la gravité des agressions ?

## **Méthodologie**

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans la présente étude. Il est divisé en huit sections, soit la stratégie de recherche retenue, les définitions opérationnelles des variables, la description de l'élaboration de l'outil de collecte des données, le déroulement de la recherche, la présentation du plan d'analyse des données, les critères de rigueur scientifique et, finalement, les considérations éthiques.

### **Stratégie de recherche**

La stratégie de recherche utilisée dans la présente étude est de nature quantitative, selon un devis transversal descriptif simple. Ce type de devis est approprié lorsque les objectifs visent à identifier les composantes d'un phénomène et à décrire son état actuel (Polit et Beck, 2017). Puisque l'étude vise à décrire l'état actuel des stratégies de prévention et de réduction des agressions dans les urgences québécoises, le recours à un devis transversal descriptif s'avère le plus approprié. Les objectifs de recherche qui consistent à identifier et décrire ces stratégies, correspondent en effet à ce type de stratégie méthodologique (Polit et Beck, 2017).

### ***Population à l'étude***

Comme décrit précédemment, les infirmières travaillant dans les salles d'urgence du Québec sont particulièrement à risque de subir des agressions en milieu de travail

(Schablon et al., 2022; Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021). La population cible de l'étude est donc celle des infirmières d'urgence du Québec.

Le rapport de l'OIIQ (2023) fixe à 6424 le nombre d'infirmières œuvrant en salle d'urgence au Québec. Malheureusement, l'OIIQ ne donne pas accès au portrait sociodémographique spécifique selon le domaine d'activité; ainsi, celui des infirmières œuvrant en salle d'urgence n'est pas disponible. De plus, les données relatives au nombre d'années d'expérience et de la répartition des effectifs selon les différentes caractéristiques du milieu de travail ne sont pas disponibles. Il est toutefois possible d'identifier que, pour l'ensemble des effectifs, le corps infirmier se compose de 88 % de femmes et de 12 % d'hommes. Par ailleurs, la répartition des rôles professionnels se présente comme suit: 74 % des infirmières occupent un rôle en soins directs, 9 % agissent à titre d'assistantes au supérieur immédiat, 8 % exercent des fonctions de gestion et 3 % occupent un poste de soutien clinique ou d'enseignement (OIIQ, 2023).

Polit et Beck (2017) précisent l'importance de bien définir les critères d'inclusion afin de limiter les variables confondantes dans les résultats. Pour ce faire, il convient de définir ce qu'est une infirmière d'urgence ayant une connaissance suffisante du milieu. Tout d'abord, Roy et Robichaud (2016) suggèrent que la période d'intégration d'une infirmière dans un milieu est d'au moins six mois. Cette durée est reprise notamment par Tessier (2024) dans ses publications sur le choc de la réalité dans les soins critiques au Québec qui se basent notamment sur le modèle des « Stages de transition » de Boychuck et Duchscher (2008). Enfin, le souvenir d'un événement dans le cadre d'une étude

transversale par questionnaire risque d'amener un biais de rappel. Pour limiter ce risque, il est recommandé de réduire la période entre l'évènement rapporté et la collecte de données à six mois (Kaartinen et al., 2020). Ce faisant, les infirmières ayant quitté le milieu des urgences depuis une période de plus de six mois ne font pas partie de la population cible. En résumé, les infirmières ciblées doivent travailler dans le milieu d'urgence depuis au moins six mois et y avoir exercé au cours des six derniers mois. Ces critères sont nécessaires afin que les répondantes puissent détenir une connaissance suffisante du milieu et des outils, protocoles et stratégies en vigueur au moment de répondre au questionnaire.

Pour des raisons de faisabilité (Polit et Beck, 2017), les participantes doivent être dûment inscrites au tableau de l'OIIQ, avoir consenti à être contactées pour des projets de recherche dans le cadre de leur déclaration annuelle et être en mesure de s'exprimer oralement et par écrit en français, cette langue correspondant à celle utilisée dans l'outil de collecte des données.

Toutes les infirmières ayant participé aux étapes de validation du questionnaire ont été exclues, afin d'éviter un biais de glissement de réponse (Drennan et Hyde, 2008).

### *Milieu à l'étude*

Les infirmières de la population cible œuvrent dans l'ensemble des urgences du Québec. Le milieu ciblé par l'étude consiste en l'ensemble des urgences hospitalières,

qu'elles soient situées en milieu rural ou urbain, qu'elles soient affiliées ou non à une université, peu importe leur niveau d'expertise ou la vocation du milieu.

### ***Recrutement des participantes***

Une liste de courriels a été obtenue de l'OIIQ en février 2023. Cette liste comprenait 1999 noms d'infirmières s'étant déclarées comme ayant la salle d'urgence comme milieu de travail principal. Ces infirmières avaient consenti à être contactées pour des projets de recherche lors de leur déclaration annuelle au tableau de l'ordre professionnel et ont été sélectionnées aléatoirement par l'OIIQ. Ces infirmières constituent donc la population accessible. Afin d'effectuer le recrutement des participantes, un courriel d'invitation contenant un lien vers le questionnaire en ligne a été envoyé à toutes les infirmières de cette liste.

### ***Échantillonnage***

Considérant la participation volontaire et basée sur un consentement éclairé de chaque participante, un échantillonnage non probabiliste par auto-sélection a donc été utilisé (échantillon de convenance). Le caractère descriptif de l'étude et l'absence d'inférence statistique rendent cette méthode d'échantillonnage appropriée (Polit et Beck, 2017). Cependant, la population ciblée présentant une certaine hétérogénéité quant au milieu de travail, un large échantillon a été visé afin d'obtenir un portrait le plus représentatif possible de la population cible (Fortin et Gagnon, 2022).

### **Définitions opérationnelles des variables**

Les variables sociodémographiques incluent le genre, le rôle principal et les caractéristiques du milieu de travail, qui sont de nature catégorielle. Le nombre d'années d'expérience comme infirmière et en milieu d'urgence sont de nature ordinale, tout comme les antécédents d'agressions subies.

L'évaluation de la perception des différents niveaux de gravité des agressions a été effectuée à partir de la classification proposée par Kumari et al. (2020) qui comprend cinq niveaux de gravité : il peut s'agir d'un conflit verbal mineur (cris, chantage émotif, argumentation, gestes obscènes), d'une agression verbale sévère (insultes, menaces, incluant menaces de mort), d'une agression physique sans blessure, d'une agression physique avec lésion physique entraînant un arrêt de travail et d'une agression physique avec lésion physique permanente ou mortelle.

Le Tableau 3 présente la structure opérationnelle des variables utilisées suivant le cadre de référence de Pascarella et al. (2021).

**Tableau 3**  
*Structure opérationnelle des variables*

Cadre de références		Cadre opératoire			Questionnaire final	
Concept	Dimension	Variable	Indicateur	Échelle		
Adéquation de la stratégie de réduction du risque	Documentation	Présente dans les milieux	% de présence dans les milieux de travail	Par rapport	→	Stratégie présente dans mon milieu de travail
	Sensibilisation					
	Utilisation	Utilisée par les acteurs concernés	% d'utilisation par les infirmières	Par rapport		J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail
	Efficacité	Impact perçu pour réduire la fréquence d'agression	Échelle d'efficacité perçue	Likert à 5 points (ordinaire)		Efficacité de cette stratégie pour réduire la fréquence des agressions
Impact perçu pour réduire la gravité de l'agression		Échelle d'efficacité perçue	Likert à 5 points (ordinaire)	Efficacité de cette stratégie pour réduire la gravité des agressions		

## **Outil de collecte des données**

Les sections suivantes décrivent l'ensemble du processus de développement et de validation de l'outil de collecte des données, soit un questionnaire.

### ***Développement du questionnaire***

Le questionnaire développé à partir des éléments de la recension des écrits comprend des questions réparties en cinq grandes sections : 1) les données sociodémographiques ; 2) les SVRAMT de niveau individuel ; 3) les SVRAMT de niveau organisationnel ; 4) les SVRAMT de niveau externe et, finalement, 5) une section de questions ouvertes permettant aux répondantes d'ajouter des SVRAMT qu'elles connaissaient et qui n'auraient pas été suggérées dans le questionnaire.

Les caractéristiques sociodémographiques pertinentes intégrées dans la section sociodémographique du questionnaire ont été identifiées à l'aide des dix éléments repérés dans les études de Burchill et al. (2018), Phillips (2016), Emam et al. (2018) et Kumari et al. (2020) qui ont un impact sur les ressources disponibles, le risque d'agression ou la perception de sécurité. Quatre de ces éléments portent sur la situation professionnelle : 1) le nombre d'années d'expérience à la salle d'urgence ; 2) l'habilitation aux différents secteurs de soins (civile, ambulatoire, réanimation et triage) ; 3) le quart de travail (jour, soir, nuit, rotation) ; et 4) le rôle assumé (gestionnaire, soins directs ou soutien clinique). Deux autres éléments portent sur la situation individuelle : 1) le sexe ; et 2) l'expérience antérieure d'une agression (fréquence et gravité).

Comme énoncé, quatre autres éléments sont mentionnés par Burchill et al. (2018), Phillips (2016), Emam et al. (2018) et Kumari et al. (2020) permettant de décrire les caractéristiques des milieux de travail : 1) le milieu géographique (rural ou urbain) ; 2) l'affiliation ou non à une université ; 3) le niveau d'expertise ; et 4) s'il s'agit d'un centre avec une vocation unique (pédiatrique, psychiatrique ou autre). Ces unités sont variées quant à leur capacité d'accueil (allant de 3 civières à 54 civières) et, par conséquent, quant à la taille de leurs équipes de soins (MSSS, 2022a). Elles sont situées en milieux ruraux ou urbains. Elles peuvent être affiliées à une université, appelées centres hospitaliers universitaires (CHU) ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les établissements non affiliés sont, quant à eux, appelés centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Le MSSS (2022a) utilise une classification en trois catégories pour décrire le niveau d'expertise des installations. D'abord, le niveau primaire désigne les centres essentiellement desservis par des équipes de pratique générale et disposant d'un plateau technique limité. Les salles d'urgence communautaires intégrées à un centre hospitalier ainsi que les dispensaires appartiennent à cette catégorie. Certaines de ces installations offrent des services à horaires restreints. Le niveau secondaire offre un niveau d'expertise plus élevé et peut offrir certaines spécialités médicales, telles que l'orthopédie, l'anesthésiologie, la chirurgie générale, etc. Ces installations doivent toutes offrir un service continu. Finalement, les salles d'urgence tertiaires offrent des services spécialisés ou ultraspecialisés et sont aussi ouvertes en tout temps. Certaines possèdent une vocation particulière, comme les urgences pédiatriques ou psychiatriques et disposent d'équipes hautement spécialisées. Bien que cette classification ministérielle soit

pertinente pour notre analyse, elle demeure souvent méconnue des professionnels terrain. Ainsi, ces désignations ont été accompagnées d'un bref descriptif dans le questionnaire.

Le MSSS (2022a) précise aussi que chaque salle d'urgence comprend typiquement quatre secteurs distincts : l'observation, l'ambulatoire, la réanimation et le triage. Il a été jugé important d'inclure une question portant sur l'identification de l'assignation principale dans le milieu de travail afin de mieux contextualiser les réponses recueillies.

À la suite de la section sociodémographique, le cœur du questionnaire se compose des SVRAMT identifiées dans la recension des écrits, réparties selon le niveau désigné (individuel, organisationnel et externe). D'abord, l'énoncé qui décrit la SVRAMT est présenté. La répondante devait indiquer si elle percevait que la stratégie était présente ou non dans son milieu et si elle l'utilisait ou non (choix dichotomique). Ensuite, deux choix lui étaient proposés afin d'illustrer le degré d'efficacité perçue de la SVRAMT pour la réduction de la fréquence de l'agression ou de sa gravité (échelle de Likert).

Le questionnaire initial se composait ainsi de 47 SVRAMT et de 6 éléments de formation recensés dans la littérature et générait 81 questions à réponses dichotomiques et 108 questions avec échelle de Likert, pour un total de 189 questions.

La démarche de validation suivie correspond au processus itératif illustré par Robinson et Leonard (2024) dans un ouvrage guidant la création de questionnaires : un processus avec deux boucles de validation, l'une avec des experts académiques, puis l'autre avec des experts de contenu, suivi d'une phase de prétest avec des membres de la

population cible. De plus, la logique de construction du questionnaire, l'emphase portant sur la validité de contenu, l'optimisation de la longueur et la clarté des construits, correspondent aux lignes directrices proposées par DeVellis et Thorpe (2022) dans l'élaboration d'outils de mesure. Le questionnaire a ensuite été configuré en ligne sur la plateforme SurveyMonkey afin de collecter les données correspondant aux objectifs de l'étude.

### *Validation de contenu par des experts académiques*

La première étape de validation du questionnaire a consisté en une révision de la version initiale par deux expertes académiques ainsi qu'un statisticien. Les deux expertes académiques sont professeures et chercheuses en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais et possèdent une expertise en soins d'urgence et en violence en milieu hospitalier. Ces expertes ont d'abord contribué à reformuler certains énoncés. La section sociodémographique du questionnaire portant sur les antécédents d'agression a été modifiée afin d'y intégrer la fréquence associée à chaque niveau de gravité. Le choix des énoncés de fréquence (« tous les jours », « toutes les semaines », « tous les mois », « tous les 3 mois », « tous les 6 mois », « une fois dans l'année » et « jamais »), plutôt que l'échelle suggérée par Pascarella et al. (2021) (de « rare » à « inévitable ») a fait l'objet d'un consensus avec les experts académiques. À la suggestion du statisticien, deux questions supplémentaires ont été ajoutées, l'une avant et l'autre après la section portant sur les stratégies, afin de mesurer la perception globale d'efficacité des stratégies. La

portion sociodémographique du questionnaire comprend neuf questions à réponse catégorielle et sept questions à réponse ordinale.

Les trois sections suivantes du questionnaire, qui portent sur la catégorisation des différentes SVRAMT, ont aussi été réorganisées afin de favoriser la cohérence pour la répondante. Les catégories ont été ordonnées selon les trois éléments du modèle conceptuel des milieux de travail sains (Banjok et Stewart-Pyne, 2018), soit : une section représentant les stratégies d'ordre individuel, puis les stratégies organisationnelles et finalement celles appartenant au cercle externe du modèle. Il a aussi été déterminé que, même si la réponse à la question « Stratégie présente dans mon milieu » est négative, l'option de réponse à la question « J'utilise cette stratégie » était tout de même possible. Par exemple, une répondante pouvait, de son propre chef, utiliser la stratégie « Maintenir une distance sécuritaire », même si aucune directive officielle ne l'exigeait dans son établissement.

Les différentes SVRAMT correspondant à de la formation ont été reformulées afin de mettre l'emphase sur les actions concrètes qui en découlent. Cela a permis d'alléger le questionnaire et d'éviter la redondance. Par exemple, l'énoncé « Formation sur l'utilisation d'un outil standardisé d'évaluation du risque d'agression » est devenu « Utiliser un outil d'évaluation du risque d'agression par l'utilisateur ». Une question a été ajoutée à la fin des sections portant sur les stratégies individuelles et organisationnelles afin d'identifier si la répondante avait reçu de la formation sur l'une ou plusieurs des stratégies énoncées précédemment. En cas de réponse positive, une question ouverte était

posée pour permettre à la répondante de préciser le thème ou la formation reçue. Ce regroupement a permis de réduire à 44 le nombre de SVRAMT du questionnaire. De ces 44 stratégies, les quatre stratégies de niveau externe ne comportaient pas de questions dichotomiques sur la présence ou l'utilisation, car ces données n'étaient pas cohérentes avec la nature de ces SVRAMT. Au total, les sections sur les SVRAMT du questionnaire comprennent 82 questions à réponses dichotomiques (incluant les deux questions additionnelles portant sur la formation), 88 questions à échelle de type Likert et 2 questions à court développement. À la suite de cette étape de validation, une section présentant des questions ouvertes a été intégrée à la fin du questionnaire afin de permettre aux répondantes de fournir des suggestions de stratégies non mentionnées dans le questionnaire initial.

#### *Validation de contenu par des experts de contenu*

Cette étape de validation par des experts de contenu a été effectuée par deux experts ayant collaboré à des travaux antérieurs avec l'étudiant chercheur. La première experte possède une formation de deuxième cycle portant sur l'implantation de SVRAMT dans un milieu de soins québécois. Au moment de sa contribution, elle œuvrait comme gestionnaire dans une unité de soins d'urgence psychiatrique. Appartenant à la population cible de l'étude, elle se trouvait dans une position privilégiée pour valider la clarté et la pertinence des énoncés du questionnaire. Le second expert consulté est un spécialiste de la sécurité industrielle ne provenant pas du domaine infirmier. Il a travaillé plusieurs années comme intervenant dans un centre de psychiatrie légale. Sa spécialisation en

gestion des risques a permis de diversifier les angles à partir desquels le contenu du questionnaire a été validé.

Ces deux experts ont eu accès à la même version du questionnaire et ont été rencontrés individuellement de façon virtuelle. Les deux experts ont eu accès au questionnaire une semaine avant la rencontre. Chaque rencontre a duré environ deux heures au cours desquelles chaque question a été passée en revue.

D'abord, une rencontre avec la première experte a eu lieu. Elle a suggéré des modifications au questionnaire sociodémographique, notamment de modifier le libellé du type de vocation (de spécialisée à unique). Selon elle, la terminologie « vocation unique » décrirait mieux les milieux n'accueillant pas les usagers généraux (uniquement les usagers avec un suivi actif dans l'institution). Elle a suggéré d'ajouter la précision « fonction principale » permettant la possibilité d'occuper plusieurs rôles, pour mieux refléter l'organisation des soins tout en restant précis. En discutant avec l'experte, la grande variabilité dans les quarts de travail (jour, soir, nuit et rotation) qu'une infirmière peut vivre dans une année et qui varie d'un établissement à l'autre, rend, selon elle, cet élément peu fiable ; la question a donc été retirée.

Afin d'éviter toute confusion, l'énoncé portant sur le plan de sortie a été reformulé pour se lire « option de fuite fiable ». L'experte a aussi suggéré d'enrichir la stratégie relative à l'utilisation du détecteur de métal en y incluant la mention du contrôle de tout effet personnel, comme la fouille. Elle a aussi suggéré d'ajouter plusieurs exemples à divers énoncés du questionnaire afin d'en améliorer la clarté. Par exemple, ont été ajoutés

« *intervenant pacificateur, infirmières de santé mentale et psychiatres, etc.*, » à la suite de « personnel spécialisé » afin de permettre aux répondantes de mieux saisir le sens de l'énoncé.

De plus, l'experte a identifié que « l'utilisation d'un outil de documentation des antécédents » qui se retrouvait à la fois sous la section individuelle et organisationnelle présentait une certaine redondance. Cette stratégie a donc été maintenue sous la section individuelle.

Finalement, puisqu'absente des stratégies recensées, l'experte a suggéré d'ajouter « *Plan d'intervention spécifique accessible aux intervenants* ». Il s'agit d'une stratégie qu'elle a elle-même contribué à mettre en place dans les établissements sous sa charge et qui se retrouve dans un article de la littérature grise dont elle est l'auteurice (Fortier, 2019).

Suivant les modifications et précisions apportées, l'experte a jugé que les énoncés étaient clairs et pertinents.

Le second expert a ensuite été consulté. Tout d'abord, certains énoncés du questionnaire sociodémographique ont été jugés moins clairs par ce dernier. Cependant, il s'agissait d'énoncés sur les rôles et secteurs d'exercice, qui étaient jugés clairs par l'experte infirmière. Il a été convenu de ne pas modifier ces énoncés à moins que ce commentaire ne soit réitéré lors de la validation par le groupe test. Il a également soulevé un manque de clarté pour la stratégie portant sur le plan de sortie. Il a suggéré de clarifier le libellé concernant la salle sécuritaire, car elle pouvait être confondue avec les salles de

désescalade. Le libellé « *Salles sécurisées en cas de tireur actif* » a été retenu. Il a ajouté des exemples au niveau de l'énoncé portant sur les boutons panique afin de s'assurer que la répondante reconnaisse cette stratégie.

À la suite de la lecture et aux discussions entourant chaque énoncé, l'expert a jugé le questionnaire très complet. Il n'a pas émis de recommandation, d'ajouts de stratégie ou de retraits. Une fois les suggestions intégrées, il a jugé l'ensemble des énoncés clairs et pertinents.

### ***Prétest du questionnaire***

Un groupe de sept infirmières répondant aux critères d'inclusion de l'étude a été contacté. Un homme et six femmes ayant de deux à plus de 21 ans d'expérience à titre d'infirmière à la salle d'urgence représentaient les quatre rôles professionnels ciblés (infirmière : gestionnaire, soutien clinique et enseignement, soins directs et assistante au supérieur immédiat). Ils travaillent tous en milieu urbain dans des centres secondaires et tertiaires. Il a été constaté que tous les membres du groupe test avaient vécu au moins une agression dans l'année précédant leur participation à l'étude. Ils ont tous consenti à faire partie du groupe prétest et, tel que stipulé, ils n'ont pas répondu au questionnaire de l'étude ayant servi aux analyses.

Le groupe a permis d'identifier quelques erreurs de programmation et coquilles linguistiques dans le questionnaire. Par exemple, certains énoncés étaient mal numérotés et un énoncé n'était associé à aucune des questions portant sur la perception. Un

participant a suggéré d'ajouter un descriptif « région éloignée » pour le milieu où se situe l'urgence. Puisque cette distinction existe dans le guide de gestion des urgences (MSSS, 2022a), cette précision a été apportée au questionnaire.

Une participante a de plus mentionné le fait qu'elle aurait souhaité pouvoir répondre « Je ne sais pas » aux questions portant sur l'impact de la SVRAMT et sur la fréquence et la gravité, car elle jugeait difficile d'évaluer l'efficacité d'une stratégie si elle ne l'avait pas utilisée. Bien qu'il ait été prévu d'intégrer cette option à tout le questionnaire, en raison d'une anomalie de fonctionnement sur la plateforme, celle-ci n'a été intégrée qu'à une seule question dans le questionnaire final.

La durée de complétion du questionnaire par le groupe test a varié de 15 à 25 minutes, ce qui est conforme aux estimations préalables. D'ailleurs, une participante du groupe test a mentionné que le questionnaire était long et qu'il fallait s'attendre à un certain décrochage de la part des répondantes. Cependant, aucune suggestion concrète n'a été formulée quant à la manière de réduire la longueur de l'instrument. Ce genre de défi trouve écho dans un article de Kunz et Gummer (2025) qui décrit le fardeau perçu et son impact sur la qualité des réponses dans les questionnaires en ligne.

### ***Questionnaire final***

À la suite des étapes de validation, la portion sociodémographique incluant la prévalence d'agressions est constituée de six questions à réponses catégorielles, une question à réponse dichotomique et sept questions à réponses ordinales. Les questions au

sujet des SVRAMT sont réparties en trois grandes sections : la première section, correspondant au niveau individuel, comprenant 10 SVRAMT donnant lieu à 20 questions à réponses dichotomiques et 20 questions à réponses ordinales sur une échelle de type Likert. Elle inclut également une question dichotomique sur la formation reçue et un champ libre pour en préciser la nature. La deuxième section, correspondant au niveau organisationnel, comprend 30 SVRAMT donnant lieu à 60 questions à réponses dichotomiques et 60 questions à réponses ordinales sur une échelle de type Likert. Elle inclut aussi une question dichotomique sur la formation et un champ libre pour en préciser la nature. La troisième section, correspondant au niveau externe, regroupe 4 SVRAMT comprenant uniquement huit questions à réponses ordinales sur une échelle de type Likert. Deux questions de perception globale ont été ajoutées : l'une avant et l'autre après la section portant sur les SVRAMT, chacune utilisant une échelle ordinale de type Likert. Finalement, cinq questions facultatives ont été proposées à la fin du questionnaire afin de permettre aux répondantes de suggérer de nouvelles SVRAMT n'ayant pas été mentionnées précédemment. Chacune d'entre elles présentait les mêmes deux questions dichotomiques et deux questions à réponses ordinales sur une échelle de type Likert. Au total, le questionnaire contenait donc 186 questions, auxquelles s'ajoutent 20 questions facultatives. La version intégrale du questionnaire est présentée à l'appendice E.

### **Déroulement de la recherche**

À la suite de l'obtention du certificat d'éthique du comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) en décembre 2022, les experts pour la validation de contenu ont été rencontrés les 12 et 22 février 2023, et la validation

par le groupe test a eu lieu du 22 au 28 février 2023. La version finale du questionnaire a ensuite été réapprouvée annuellement par le CER de l'UQO jusqu'au dépôt final du mémoire. À la suite des exercices de validation, les responsables de la recherche scientifique de l'OIIQ ont été contactés par l'étudiant-chercheur afin d'obtenir la liste de courriels des infirmières répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Cette liste a été obtenue en février 2023. Par la suite, un courriel incluant le lien vers le questionnaire a été envoyé le 28 février 2023 aux 1999 infirmières de la liste. Le consentement spécifique a été recueilli de façon électronique pour chaque participante avant de débiter la collecte de données. Deux relances ont été effectuées suivant l'envoi initial du questionnaire afin d'augmenter le taux de réponse (Cooper et Brown, 2017). Après avoir collecté 112 réponses entre le 1<sup>er</sup> et le 15 mars, un courriel de rappel a été envoyé le 16 mars, permettant la collecte de 73 réponses additionnelles puis un second rappel le 23 mars pour 64 réponses supplémentaires (taux de réponses total de 249/1999 ou 12,5%). La collecte de données s'est déroulée sur une période d'un mois (du 28 février au 29 mars 2023). Cette période, qui se situe hors des vacances estivales et à la suite de la grande période d'achalandage des salles d'urgence de janvier et février (MSSS, 2022b), a été choisie afin de favoriser un meilleur taux de réponse.

### **Plan d'analyse des données**

Dans un premier temps, une analyse descriptive des données sociodémographiques a été effectuée. Le portrait de l'échantillon a été dressé à l'aide de pourcentages correspondant à la description du milieu de travail ainsi qu'aux caractéristiques professionnelles et individuelles des répondantes. Une analyse de  $\text{Khi}^2$  permettant de

déterminer la représentativité de l'échantillon (Polit et Beck, 2017) n'a pu être effectuée puisque les données de la population accessible ne pouvaient être obtenues ni fournies par l'OIIQ. La prévalence des agressions a été déterminée à l'aide de pourcentages obtenus pour chacune des données relatives aux fréquences et aux gravités.

Pour la gestion des données manquantes, les recommandations de Tabachnick et Fidell (2019) ont été suivies. D'abord, les questionnaires présentant plus de 20 % de données manquantes pour l'ensemble du questionnaire ont été retirés. Ensuite, une évaluation des données manquantes a été effectuée de façon indépendante pour chacune des sections portant sur les SVRAMT (niveaux individuel, organisationnel et externe). Pour chacune des sections, les questionnaires présentant plus de 20 % de données manquantes ont été retirées afin de maximiser le nombre de questionnaires utilisables pour les analyses. Les données manquantes des questionnaires conservés ont ensuite été remplacées par la valeur du mode (pour les variables de présence) ou de la médiane (pour les variables de perception de l'efficacité).

Les données concernant la présence et l'utilisation des SVRAMT ont été compilées et décrites à l'aide de pourcentages et de rangs permettant de classer les SVRAMT selon leur fréquence de présences et d'utilisation. Ces pourcentages ont ensuite été illustrés sous forme de diagramme à barres afin d'en faciliter l'interprétation. Les rangs ont été placés dans un nuage de points afin de permettre une comparaison descriptive avec le score d'efficacité cumulée.

Pour ce qui est de la perception d'efficacité, mesurée à l'aide d'échelles ordinales de type Likert, la médiane a été calculée pour les dimensions fréquence et gravité a été effectué pour chacune des SVRAMT (Polit et Beck, 2017). Afin de permettre une comparaison descriptive des différentes SVRAMT et leur classement par rang, un score pondéré a été déterminé. Afin de calculer les scores pondérés d'efficacité, une valeur numérique a été attribuée à chaque niveau de l'échelle de Likert (1= très faible, 2= faible, 3= moyen, 4= élevée, 5= très élevée). Pour le calcul du score pondéré, le nombre d'occurrences associé à chaque niveau d'efficacité perçue a été multiplié par la valeur numérique correspondante. La somme de ces produits a ensuite été divisée par le nombre total de réponses afin d'obtenir un score variant de 1 à 5 (Tabachnick et Fidell, 2019). Par la suite, un rang a été attribué à chaque SVRAMT, les classant des plus efficaces aux moins efficaces (Gray et Grove, 2020).

Enfin, un calcul d'efficacité cumulée a été effectué tel que décrit dans la matrice quantitative de Banjok et Stewart-Pyne (2018), illustrée au Tableau 2. Les SVRAMT ont également été classées par rang à la suite de ce calcul. Ce score pondéré a été illustré sous forme de diagramme à barres et le rang dans un nuage de points et des quartiles afin de permettre une comparaison entre les différentes SVRAMT avec les deux autres éléments de l'évaluation de la présence et de l'utilisation de la stratégie.

**Tableau 4**  
*Plan d'analyse des données*

Élément d'analyse	Représentation statistique
Questionnaire sociodémographique	
Profil sociodémographique	Nombres absolus (pourcentages)
Prévalence d'agression	Nombres absolus (pourcentages)
Question de recherche 1	
Présence ou non des SVRAMT	Nombres absolus (pourcentages)
	Rangs
	Diagrammes à barres
Question de recherche 2	
Utilisation ou non des SVRAMT	Nombres absolus (pourcentages)
	Rangs
	Diagrammes à barres
Question de recherche 3	
Efficacité pour réduire la fréquence	Médianes
	Score pondéré
	Rangs
	Nuage de points
	Efficacité cumulée
	Quartiles
Question de recherche 4	
Efficacité pour réduire la gravité	Médianes
	Score pondéré
	Rangs
	Nuage de points
	Efficacité cumulée
	Quartiles

La plateforme SurveyMonkey a été utilisée pour la complétion du questionnaire ; les données brutes ont été exportées dans SPSS 29 pour les analyses statistiques et Microsoft Excel 2016 a été utilisé pour la mise en forme des différents tableaux et graphiques.

### **Critères de rigueur scientifique**

Afin de confirmer la rigueur scientifique de l'étude, les critères de validité interne et externe, de fidélité ainsi que d'objectivité sont décrits ci-dessous (Pelletier et Pagé, 2002).

La recension d'écrits ayant soutenu la planification de la collecte des données et les différentes étapes de développement et de validation de l'instrument de mesure menées auprès d'experts et du groupe test ont permis d'assurer un degré de validité interne jugé suffisant pour le questionnaire utilisé pour la collecte de données (Fortin et Gagnon, 2022).

Toutefois, l'échantillonnage de convenance utilisé, le faible taux de réponse et l'absence de données de comparaison de la population cible à l'échantillon constituent des limites à la validité externe de l'étude. Les résultats sont donc à interpréter en tenant compte de cette limite. Bien que l'étude puisse être reproduite auprès d'une autre population cible, elle vise notamment à brosser un portrait à partir d'un échantillon local; les résultats pourraient ainsi différer selon les milieux étudiés (Fortin et Gagnon, 2022).

Les questions concernant la perception globale d'efficacité des stratégies, placées en début et en fin de questionnaire, permettaient ainsi d'estimer la stabilité des réponses, un indicateur de fidélité. Cette étude menée auprès d'un échantillon d'une même population cible devrait présenter des résultats similaires (Fortin et Gagnon, 2022).

L'objectivité, pour sa part, est préservée par l'absence d'interaction de l'étudiant-chercheur avec les répondantes, notamment par l'utilisation d'un questionnaire auto administré limitant l'influence du chercheur sur les réponses (Pelletier et Pagé, 2002).

Afin de s'assurer de la validité des différentes analyses, le plan d'analyse a été construit et validé avec l'aide d'un statisticien, tandis que la méthode d'analyse a été élaborée avec le soutien d'un expert en méthodologie.

### **Considérations éthiques**

La présente étude a respecté les critères retrouvés dans l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC 2) (2022) et ceux du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO, qui a préalablement autorisé la présente recherche (numéro de certificat 2023-2512 ainsi que la preuve de maintien certificat, présenté à l'Appendice B). Sur la première page du document électronique, les participantes ont consenti librement, par écrit et de façon éclairée, avant de répondre au questionnaire et elles ont conservé le droit de cesser leur participation à l'étude en tout temps en quittant le questionnaire, et ce, sans préjudice. Les données recueillies sont anonymes et respectent les principes de vie privée et de confidentialité. Aucun conflit d'intérêts ni apparence de conflit d'intérêts n'a été signalé entre l'étudiant-chercheur, les directrices de recherche et les participantes de cette étude. Aucune compensation n'a été offerte aux participantes. Il s'agit d'une recherche à risque minimal « [...] où la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grandes que celles des préjudices inhérents aux aspects de la vie quotidienne du

participant qui sont associés à la recherche » (Groupe en éthique de la recherche, 2022). Malgré ce dernier point, étant donné la nature du sujet à l'étude, des directives pour soutenir les répondantes en cas de détresse ont été fournies dans le formulaire de consentement. Les participantes n'ont pas tiré de bénéfices directs à participer à l'étude, mais elles ont contribué à l'avancement des connaissances sur un phénomène dont elles sont les principales personnes affectées. Conformément aux politiques de l'UQO, les données compilées seront conservées pour une période de 5 ans sur un serveur *OneDrive* et seront sécurisées par un mot de passe. Suivant cette période, les données seront supprimées avec les fonctions de suppression définitive de *OneDrive*. Aucune donnée identificatoire n'a été collectée ni stockée. En raison du caractère anonyme de la collecte de données, les participantes ne peuvent pas demander le retrait de leurs données une fois le questionnaire soumis. Comme présenté à l'Appendice C, la sollicitation des répondantes par courriel présente les objectifs de l'étude et les retombées potentielles. Tant le groupe de validation prétest que les participantes ont signé de façon électronique avant de débiter le questionnaire, un formulaire de consentement qui incluait les clauses de confidentialité, le rappel du droit de cesser de répondre au questionnaire sans préjudice, le rappel des modalités de conservation des données ainsi que l'information selon laquelle aucune compensation ne serait offerte pour la participation à l'étude, tel que présenté à l'Appendice D.

À la lumière de la méthodologie décrite précédemment, le chapitre suivant présente les résultats issus de l'analyse des données recueillies auprès des infirmières travaillant dans les urgences du Québec. Les résultats sont d'abord présentés sous forme descriptive

afin de brosser un portrait de l'échantillon, puis d'exposer la présence, l'utilisation et l'efficacité perçue des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail.

## **Résultats**

Ce chapitre présente les résultats de l'étude à la suite de l'analyse des données. Dans un premier temps, les données sociodémographiques de l'échantillon sont présentées sous forme de tableau, suivies des données portant sur la prévalence des agressions. Ensuite, sous forme de tableaux et graphiques, sont présentées les données permettant de répondre aux questions de recherche.

### **Profil sociodémographique des répondantes**

À la suite de la période de collecte de données, 249 répondantes ont répondu au questionnaire parmi les 1999 courriels d'invitation transmis. Parmi celles-ci, 48 participantes ont répondu uniquement à la partie sociodémographique du questionnaire. Ces questionnaires partiels ont été exclus des analyses en raison du trop grand nombre de données manquantes. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le Tableau 5 sous la colonne « Total non valide ». L'échantillon des 201 questionnaires conservés pour les analyses est présenté sous la colonne « Total valide », ce qui correspond à un taux de réponse de 10,1 %. Un test de  $\text{Khi}^2$  a été réalisé afin de comparer les caractéristiques sociodémographiques des groupes de questionnaires valides et non valides. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes. Plusieurs questions présentent le choix « autre » pour les répondantes ne se reconnaissant pas dans les choix proposés. À cet effet, une zone de texte permettant de préciser la réponse était disponible, mais aucune répondante ne l'a utilisée.

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire sont des femmes (83,1 %), ont moins de 10 ans d'expérience comme infirmière (53,8 %) et comme infirmière à la salle d'urgence (71,7 %). Elles exercent majoritairement en milieu urbain (68,2 %), dans un centre de niveau secondaire (50,7 %), dans des hôpitaux affiliés à une université (CHU/CIUSSS) (61,7 %) et à vocation générale (91,5 %). Le rôle occupé par les répondantes est majoritairement en soins directs (80,6 %).

Plusieurs questions présentent le choix « autre », cela signifie que la répondante ne se reconnaît pas dans les choix.

**Tableau 5**  
*Données sociodémographiques*

	Total (n=249)		Total valide (n=201)		Total non valide (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Genre</b>						
Homme	42	16,9	33	16,4	9	18,8
Femme	206	82,7	167	83,1	39	81,3
Autre	1	0,4	1	0,5	0	0
<b>Années d'expérience à titre d'infirmière</b>						
1 an et moins	12	4,8	9	4,5	3	6,3
2 ans à 5 ans	65	26,1	53	26,4	12	25,0
6 ans à 10 ans	53	21,3	46	22,9	7	14,6
11 ans à 15 ans		21,7	43	21,4	11	22,9
16 ans à 20 ans	26	10,4	18	9,0	8	16,7
21 ans et plus	39	15,7	32	15,9	7	14,6
<b>Années d'expérience comme infirmière à la salle d'urgence</b>						
1 an et moins	20	8,0	15	7,5	5	10,4
2 ans à 5 ans	99	39,8	82	40,8	17	35,4
6 ans à 10 ans	59	23,7	47	23,4	12	25,0
11 ans à 15 ans	28	11,2	21	10,4	7	14,6
16 ans à 20 ans	22	8,8	18	9,0	4	8,3
21 ans et plus	21	8,4	18	9,0	3	6,3
<b>Milieu dans lequel se situe la salle d'urgence</b>						
Rural	48	19,3	39	19,4	9	18,8
Urbain	171	68,7	137	68,2	34	70,8
Région éloignée	19	7,6	15	7,5	4	8,3
Autre	5	2,0	4	2,0	1	2,1
Non indiqué	6	2,4	6	3	0	0

**Tableau 5**  
*Statistiques sociodémographiques (suite)*

	Total (n=249)		Total valide (n=201)		Total non valide (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
Niveau d'expertise de la salle d'urgence						
Primaire	23	9,2	17	8,5	6	12,5
Secondaire	124	49,8	102	50,7	22	45,8
Tertiaire	95	38,2	75	37,3	20	41,7
Autre	3	1,2	3	1,5	0	0
Non indiqué	4	1,6	4	2	0	0
Environnement structurel de la salle d'urgence						
CHU	56	22,5	45	22,4	11	22,9
CIUSSS	95	38,2	79	39,3	16	33,3
CISSS	92	36,9	72	35,8	20	41,7
Autre	5	2,0	4	2,0	1	2,1
Non indiqué	1	0,4	1	0,5	0	0
Salle d'urgence à vocation unique						
Oui	20	8,0	14	7,0	6	12,5
Non	226	90,8	184	91,5	42	87,5
Non indiqué	3	1,2	3	1,5	0	0

**Tableau 5**  
*Statistiques sociodémographiques (suite)*

	Total (n=249)		Total valide (n=201)		Total non valide (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Fonctions principales</b>						
Gestionnaire	7	2,8	6	3,0	1	2,1
Soutien clinique et enseignement	10	4,0	9	4,5	1	2,1
Soins directs	205	82,3	162	80,6	43	89,6
Assistante au supérieur immédiat	22	8,8	20	10,0	2	4,2
Autre	4	1,6	4	2,0	0	0
Non indiqué	1	0,4	6	3,0	1	2,1
<b>Secteur d'exercice (plusieurs réponses possibles)</b>						
Civière	236	94,8	189	94,0	47	97,9
Ambulatoire	214	85,9	175	87,1	39	81,3
Réanimation	198	79,5	159	79,1	39	81,3
Triage	167	67,1	139	69,2	28	58,3
Administration d'unité	46	18,5	41	20,4	5	10,4
Soutien clinique et enseignement	57	22,9	55	27,4	2	4,2
Autre	11	4,4	10	5,0	1	2,1

### **Prévalence des agressions**

Au tableau 6 sont présentées les données relatives à la fréquence des agressions. On y constate notamment que 100 % des répondantes ont vécu au moins une fois au cours de la dernière année une agression verbale provenant d'un usager ou d'un accompagnateur. L'agression verbale est la plus fréquente, où 19,9 % des répondantes rapportent en subir quotidiennement. Il est à noter que plus de 93 % des répondantes

indiquent avoir vécu des agressions verbales sévères et que 59,7 % rapportent au moins une agression physique au cours de la dernière année. De plus, 31,8 % des répondantes ont affirmé avoir subi une agression ayant entraîné une lésion non permanente au cours de la dernière année.

**Tableau 6**  
*Pourcentage de fréquence des agressions selon la gravité (n=201)*

	Aucune %	Une fois dans l'année %	Tous les 6 mois %	Tous les 3 mois %	Tous les mois %	Toutes les semaines %	Tous les jours %
Verbale	0,0	2,0	5,0	8,0	21,4	43,8	19,9
Verbale sévère	7,0	13,9	13,4	19,4	26,9	17,4	2,0
Physique sans lésion	40,3	21,4	10,0	10,0	14,9	3,0	0,5
Avec lésion physique	68,2	21,4	5,0	3,0	1,0	1,0	0,5
Avec lésion physique permanente	96,0	2,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,5

*Note : Les pourcentages sont calculés sur la base de n=201*

### **Statistiques descriptives de la présence et de l'utilisation des SVRAMT**

La présente section permet de présenter les résultats en lien avec les deux premières questions de recherche. Afin de faciliter la description et l'analyse des données, chaque SVRAMT a été numérotée dans l'ordre où elle apparaissait dans le questionnaire. Les libellés de chacune des SVRAMT ont été abrégés et numérotés tout au long de l'analyse afin de faciliter la lecture et les références aux tableaux. L'appendice F présente l'intégralité des libellés correspondants.

Il est observé que les SVRAMT les plus présentes ne sont pas nécessairement celles qui sont les plus utilisées ; par exemple, bien que le « Port de la carte d'identité pour les employés » soit la stratégie la plus présente (91,1 %), elle n'est qu'au 9<sup>e</sup> rang des SVRAMT les plus utilisées (87,9 %) en cas d'agression. En raison d'une erreur de programmation lors de l'administration du questionnaire, les données concernant la présence de la stratégie « Éviter d'être le seul intervenant en présence d'un usager agressif ou à risque de l'être » n'ont pas été collectées. Il s'agit cependant de la stratégie la plus utilisée (96,5 %) par les répondantes. La stratégie la moins présente dans les milieux est celle d'avoir des salles sécurisées en cas de tireur actif (7 %) et correspond conséquemment à la stratégie la moins utilisée (3,2 %).

Le tableau 7 décrit, pour chacune des SVRAMT, à la fois leur présence dans les établissements québécois et leur utilisation selon la perception des répondantes. En raison de leur nature, les SVRAMT de niveau externe ne comportaient pas de questions portant sur leur présence ou leur utilisation. La moyenne et l'écart type (ÉT) de présence et de l'utilisation pour chaque niveau y sont également présentés. On constate que, pour les stratégies de niveau individuel, 198 réponses valides ont été collectées. Ces stratégies sont présentes dans une proportion moyenne de 69,2 % (ÉT : 24,8 %) et utilisées dans une proportion moyenne de 71,9 % (ÉT : 30,7 %). Pour les stratégies de niveau organisationnel, 142 réponses valides ont été collectées. Ces stratégies sont présentes dans une proportion moyenne de 59,2 % (ÉT : 22,4 %) et utilisées dans une proportion moyenne de 55,6 % (ÉT : 21,9 %).

**Tableau 7**  
*Présence et utilisation perçue des SVRAMT*

Stratégie	Présence		Utilisation	
	Rang	n(%)	Rang	n(%)
<b>Niveau individuel (n=198)</b>	<b>Moyenne 69,2 % ÉT 24,8 %</b>		<b>Moyenne 71,9 % ÉT 30,7 %</b>	
01. Option de fuite	18	119(69,2)	21	108(61)
02. Vêtements sécuritaires	19	123(68,3)	12	146(79,8)
03. Distance sécuritaire	5	171(87,2)	2	186(94,9)
04. Code blanc	4	172(87,8)	4	178(91,3)
05. Arme hors de portée	10	161(82,6)	8	168(88)
06. Dégagement de soi	30	80(47,1)	36	46(25,4)
07. Communication apaisante	3	174(89,2)	5	173(88,7)
08. Identification des déclencheurs	14	144(78,3)	10	155(82,4)
09. Outil d'évaluation du risque	38	21(13,5)	39	17(11)
10. Être accompagné*	Xx	xx	1	191(96,5)
<b>Niveau organisationnel (n=142)</b>	<b>Moyenne 59 % ÉT 22,4 %</b>		<b>Moyenne 55,6 % ÉT 21,9 %</b>	
11. Accès contrôlé	23	100(56,2)	16	109(66,9)
12. Tolérance zéro	13	136(79,1)	11	136(81,9)
13. Employés en intervention physique	6	155(86,1)	6	156(88,6)
14. Accès à de l'aide	9	149(83,7)	7	155(88,6)
15. Caméras	16	124(74,7)	20	99(61,9)
16. Cartes d'identification	1	164(91,1)	9	153(87,9)

**Tableau 7**  
*Présence et utilisation perçue des SVRAMT (suite)*

Stratégie	Présence		Utilisation	
	Rang	n(%)	Rang	n(%)
17. Débriefage	29	82(47,4)	25	92(53,5)
18. Salles sécurisées	39	11(7)	40	5(3,2)
19. Effets personnels	24	100(55,9)	22	97(57,4)
20. Éclairage	17	126(74,6)	17	105(66,5)
21. Visibilité	21	94(57,7)	26	81(50,9)
22. Escorte	12	135(81,3)	13	128(76,2)
23. Division de salle d'attente	36	52(31,9)	37	37(25,2)
24. Application des politiques	25	64(52)	32	45(39,1)
25. Heures de visite	22	95(56,5)	19	97(62,2)
26. Culture organisationnelle	20	92(61,3)	18	81(63,8)
27. Corps policiers	7	135(85,4)	15	110(69,2)
28. Mesures de contrôle	2	149(89,8)	3	155(93,4)
29. Personnel spécialisé	28	79(48,5)	28	73(46,5)
30. Ratio	33	59(36)	29	60(45,8)
31. Confort	35	55(33,5)	31	52(39,7)
32. Salle de désescalade	27	80(49,1)	23	84(57,1)
33. Examen sécuritaire	11	133(81,6)	14	112(72,3)

**Tableau 7**  
*Présence et utilisation perçue des SVRAMT (suite)*

Stratégie	Présence		Utilisation	
	<i>Rang</i>	<i>n( %)</i>	<i>Rang</i>	<i>n( %)</i>
34. Boutons panique	8	139(85,3)	24	90(56,6)
35. Gestion des plaintes	15	88(75,2)	30	58(45,3)
36. Antécédent	32	48(36,4)	34	42(33,1)
37. Plan d'intervention	34	51(35,9)	35	44(32,8)
38. Documentation	37	24(22,9)	38	23(20,7)
39. Temps d'attente	31	63(45)	27	60(46,5)
40. Support de la direction	26	58(49,6)	33	35(34,7)

\* Les données portant sur la présence pour cette stratégie n'ont pas été recueillies en raison d'une erreur de programmation.

### **Statistiques descriptives de la perception d'efficacité des SVRAMT**

Les regroupements de SVRAMT, les perceptions médianes de gravité, les scores pondérés et le rang de la perception d'efficacité des SVRAMT sont présentés dans le tableau 8.

**Tableau 8**  
*Médianes, scores pondérés et rang de la perception d'efficacité des SVRAMT*

	Efficacité sur fréquence			Efficacité sur gravité		
	Méd.	Sco. Pond.	Rang	Méd.	Sco. Pond.	Rang
<b>Niveau individuel (n=197)</b>						
01. Option de fuite	3	2,57	13	3	3,12	25
02. Vêtements sécuritaires	2	2,33	6	3	2,79	17
03. Distance sécuritaire	3	2,93	23	3	3,19	29
04. Code blanc	3	2,95	26	3,5	3,34	35
05. Arme hors de portée	3	3,10	35	4	3,38	37
06. Dégagement de soi	3	2,44	10	3	2,92	20
07. Communication apaisante	3	3,18	41	3	3,14	27
08. Identification des déclencheurs	3	2,97	27	3	2,99	22
09. Outil d'évaluation du risque	3	2,56	12	3	2,62	9
10. Être accompagné	3	3,18	40	3	3,30	33
<b>Niveau organisationnel (n=142)</b>						
11. Accès contrôlé	3	3,08	32	3	3,07	24
12. Tolérance zéro	2	2,08	2	2	2,05	2
13. Employés en intervention physique	3	3,09	33	3	3,26	31
14. Accès à de l'aide	3	3,15	37	4	3,53	42
15. Caméras	2	2,23	3	2	2,32	5
16. Cartes d'identification	1	1,77	1	1	1,78	1
17. Débriefage	2	2,41	9	3	2,58	7
18. Salles sécurisées	2	2,33	7	4	3,45	40
19. Effets personnels	3	2,98	28	4	3,41	39
20. Éclairage	3	2,60	15	3	2,74	14
21. Visibilité	2	2,39	8	3	2,58	7
22. Escorte	3	3,36	44	4	3,40	38
23. Division de salle d'attente	2	2,32	5	3	2,47	6
24. Application des politiques	3	2,65	16	3	2,72	13
25. Heures de visite	3	2,44	11	2	2,30	4
26. Culture organisationnelle	3	2,79	20	3	2,79	16
27. Corps policiers	3	3,18	42	4	3,58	43
28. Mesures de contrôle	3	3,32	43	4	3,75	44
29. Personnel spécialisé	3	3,17	38	3	3,31	34
30. Ratio	3	3,17	38	3	3,20	30
31. Confort	3	2,98	28	3	2,83	18

**Tableau 8**  
*Médianes, scores pondérés et rang de la perception d'efficacité des SVRAMT*

	Efficacité sur fréquence			Efficacité sur gravité		
		Sco.		Sco.		Sco.
	Méd.	Pond.	Méd.	Pond.	Méd.	Pond.
<b>NIVEAU ORGANISATIONNEL (suite) (n=142)</b>						
32. Salle de désescalade	3	3,13	36	4	3,48	41
33. Examen sécuritaire	3	2,93	24	3	3,38	36
34. Boutons panique	3	2,70	17	3	3,30	32
35. Gestion des plaintes	2	2,25	4	2	2,25	3
36. Antécédent	3	2,88	22	3	3,04	23
37. Plan d'intervention	3	3,00	30	3	3,14	26
38. Documentation	3	2,58	14	3	2,70	11
39. Temps d'attente	3	2,94	25	3	2,77	15
40. Support de la direction	3	2,87	21	3	2,84	19
<b>NIVEAU EXTERNE (n=150)</b>						
41. Programmes sociaux	3	3,09	34	3	2,99	21
42. Appui médiatique	3	2,71	18	3	2,63	10
43. Loi punitive	3	3,08	31	3	3,19	28
44. Appui politique	3	2,73	19	3	2,71	12

En utilisant la matrice quantitative proposée par le cadre de référence de Pascarella et al. (2021) et illustrée au tableau 2 dans le chapitre de méthodologie, il est possible de calculer la perception d'efficacité cumulée des SVRAMT en multipliant l'efficacité perçue des SVRAMT pour réduire la fréquence avec celle pour réduire la gravité. Par la suite, un rang a été déterminé tel que présenté dans le tableau 9.

**Tableau 9**  
*Perception d'efficacité cumulée et rang de la perception des SVRAMT*

	Efficacité cumulée	Rang
Niveau individuel		
01. Option de fuite	8,01	27
02. Vêtements sécuritaires	6,50	36
03. Distance sécuritaire	9,34	18
04. Code blanc	9,88	14
05. Arme hors de portée	10,47	8
06. Dégagement de soi	7,13	31
07. Communication apaisante	10,00	12
08. Identification des déclencheurs	8,88	21
09. Outil d'évaluation du risque	6,73	35
10. Être accompagné	10,48	7
Niveau organisationnel		
11. Accès contrôlé	9,47	16
12. Tolérance zéro	4,26	43
13. Employés en intervention physique	10,08	11
14. Accès à de l'aide	11,11	4
15. Caméras	5,19	41
16. Cartes d'identification	3,16	44
17. Débriefage	6,22	37
18. Salles sécurisées	8,04	26
19. Effets personnels	10,15	10
20. Éclairage	7,12	32
21. Visibilité	6,19	38
22. Escorte	11,43	2
23. Division de salle d'attente	5,74	39
24. Application des politiques	7,22	30
25. Heures de visite	5,63	40
26. Culture organisationnelle	7,78	28
27. Corps policiers	11,39	3
28. Mesures de contrôle	12,45	1
29. Personnel spécialisé	10,49	6
30. Ratio	10,15	9
31. Confort	8,43	23

**Tableau 9**  
*Perception d'efficacité cumulée et rang de la perception des SVRAMT (suite)*

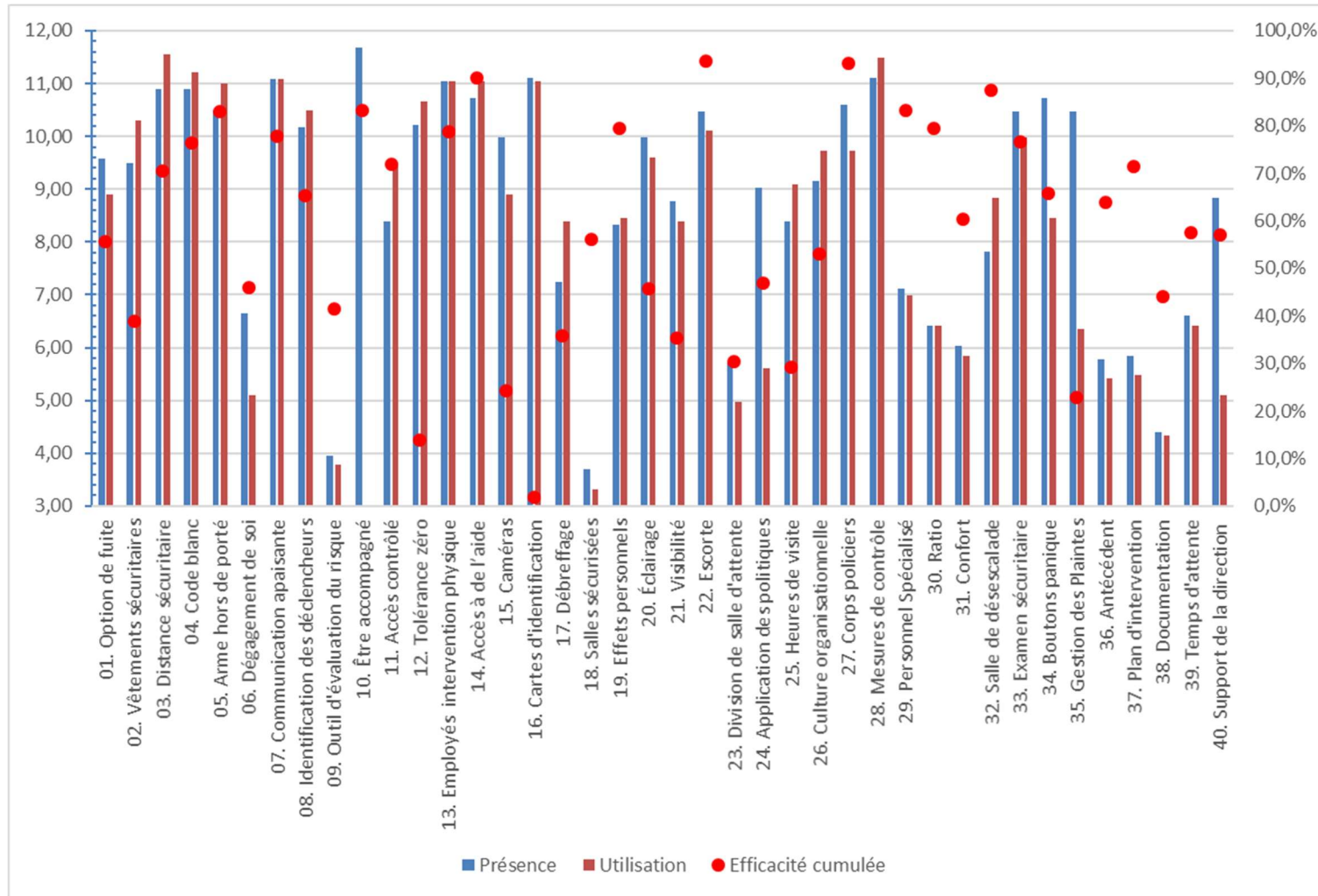
	Efficacité cumulée	Rang
Niveau organisationnel (suite)		
32. Salle de désescalade	10,88	5
33. Examen sécuritaire	9,90	13
34. Boutons panique	8,91	20
35. Gestion des plaintes	5,05	42
36. Antécédent	8,74	22
37. Plan d'intervention	9,42	17
38. Documentation	6,97	34
39. Temps d'attente	8,17	24
40. Support de la direction	9,24	19
Niveau externe		
41. Programmes sociaux	8,13	25
42. Appui médiatique	7,11	33
43. Loi punitive	9,81	15
44. Appui politique	7,38	29

Note : L'efficacité cumulée correspond au produit des scores pondérés de l'efficacité perçue de la fréquence et sur la gravité.

Pour mieux illustrer ce grand volume de données, la figure 3 présente, par des diagrammes à barres, le pourcentage de présence et d'utilisation des SVRAMT (échelle sur la droite de l'axe des Y) et la valeur d'efficacité cumulée par des points (échelle sur la gauche de l'axe des Y). Puisque la présence et l'utilisation des SVRAMT de niveau externe n'ont pu être mesurées, elles n'ont pas été incluses dans le graphique. La figure 4 présente, dans un ordre décroissant, les SVRAMT ayant l'efficacité cumulée la plus grande à la moins élevée. Dans la figure 5, on retrouve le rang de chaque dimension afin de présenter les données sur une échelle comparable. Ceux-ci ont été inversés (le rang 40

est celui jugé le plus présent, utilisé et efficace) pour rendre plus cohérente la lecture des figures 4 et 5.

**Figure 3**  
*Perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre numéroté)*



**Figure 4**  
*Perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre décroissant d'efficacité cumulée)*

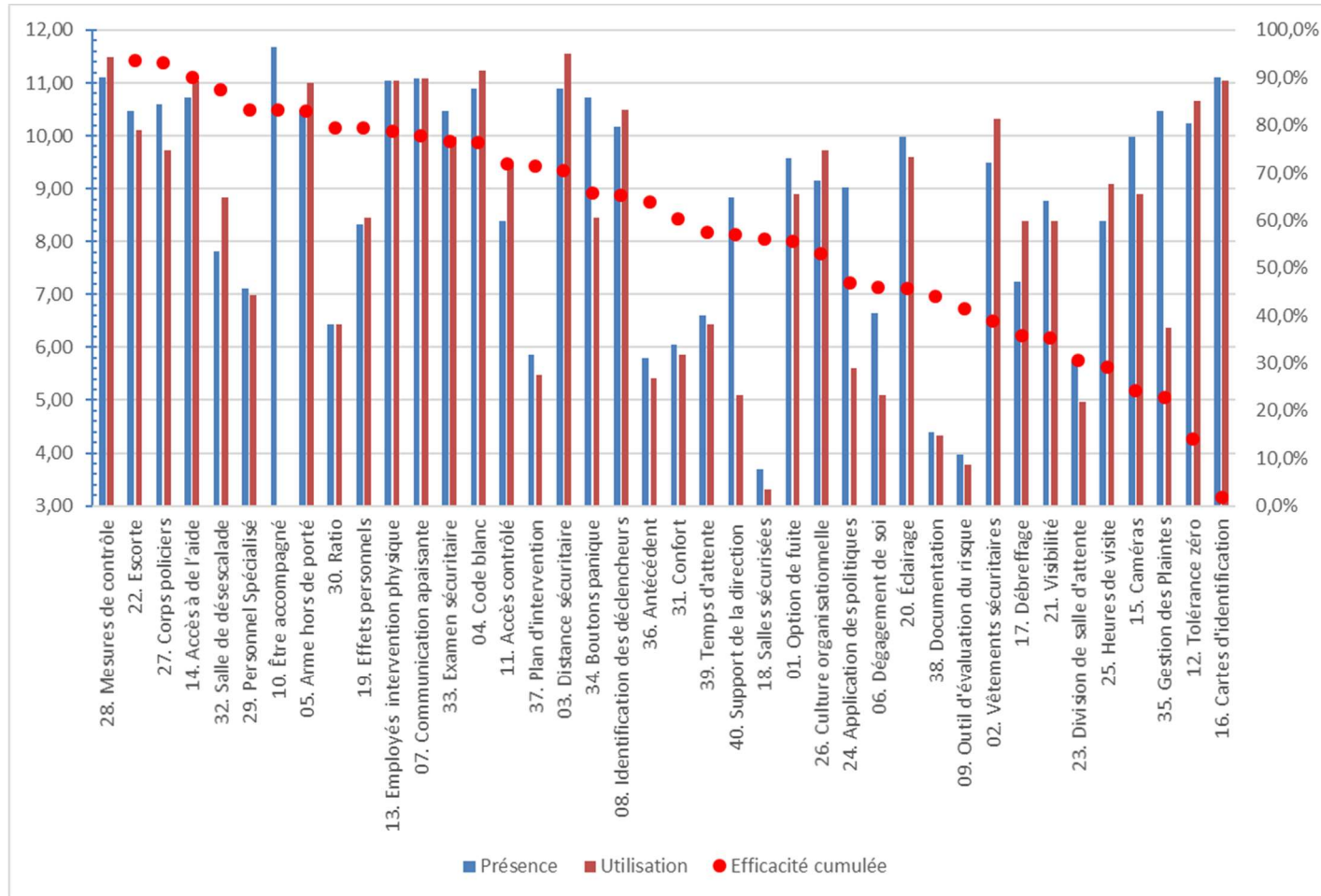
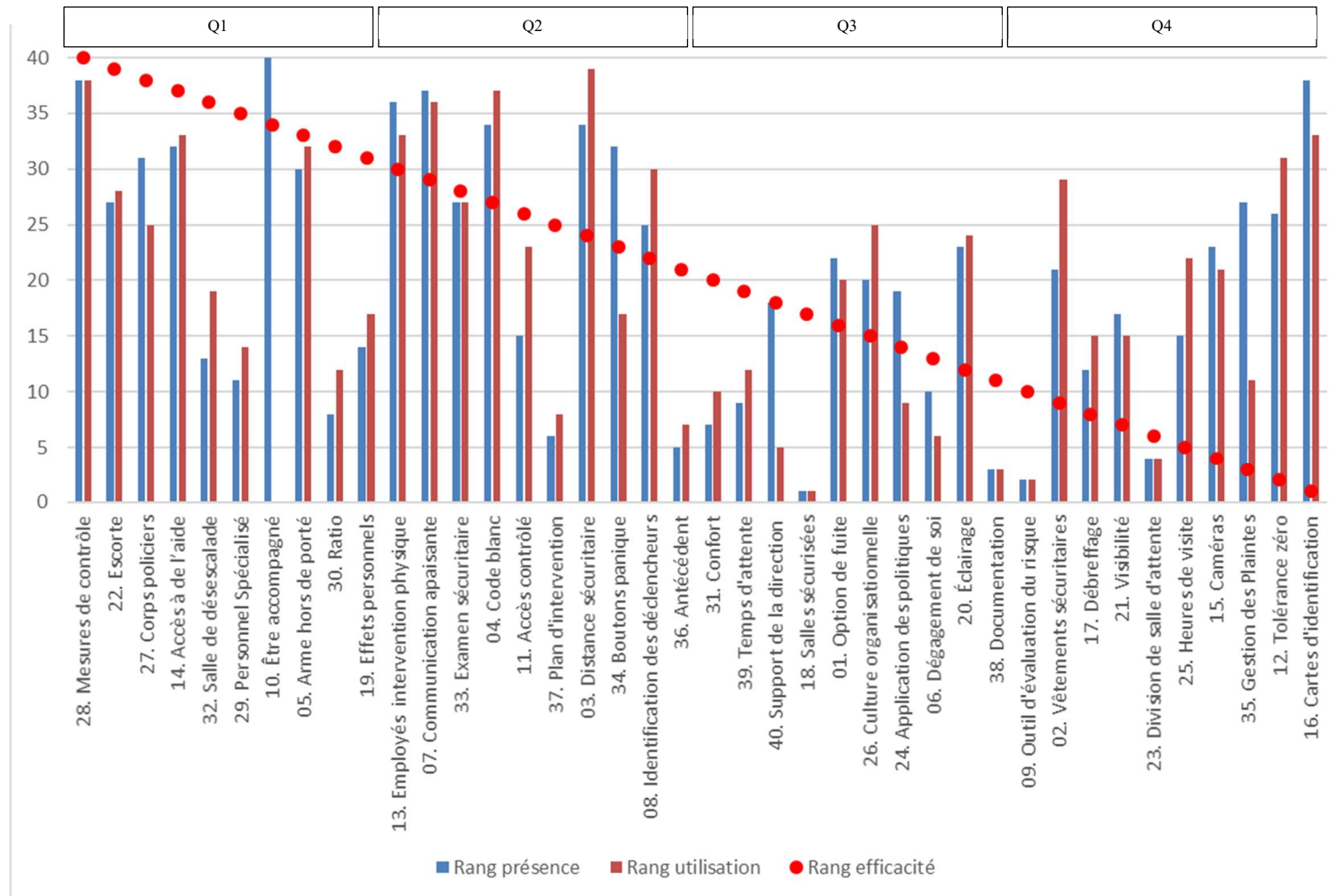


Figure 5

Rangs de perception de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des SVRAMT (ordre décroissant d'efficacité cumulée)



Les figures 4 et 5 permettent d'illustrer que certaines stratégies présentant une efficacité cumulée élevée sont peu présentes ou utilisées. Parmi les 20 SVRAMT présentant les rangs d'efficacité cumulée les plus élevés, 5 SVRAMT présentent les écarts les plus marqués. Le tableau 11 présente les valeurs de rang spécifiques à ces cinq SVRAMT.

**Tableau 10**

*Rang de présence, d'utilisation et d'efficacité cumulée des cinq SVRAMT présentant l'écart le plus important entre la présence et l'utilisation par rapport à l'efficacité cumulée*

	Rang présence	Rang utilisation	Rang efficacité cumulée
32. Salle de désescalade	27	21	4
29. Personnel spécialisé	29	26	5
30. Ratio	32	28	8
19. Effets personnels	26	23	9
37. Plan d'intervention	34	32	15

### **Réponses à la question ouverte**

La dernière portion du questionnaire permettait aux participantes de proposer des SVRAMT qui n'ont pas été énoncées. Au total, 54 énoncés ont été ajoutés par les participantes. De ces 54 énoncés, 49 correspondaient à des énoncés de SVRAMT faisant déjà partie de l'étude.

Parmi ces 49 SVRAMT déjà présentes, 14 d'entre elles sont directement liées à « 29. Personnel spécialisé » (ex. : « Plus d'agents de sécurité », « agent de sécurité à proximité », « présence nombreuse d'agents de sécurité », « présence de psychiatres »,

etc.). Dans cette étude, il s'agit d'une stratégie largement rapportée comme étant présente (86,1 %) et utilisée (88,6 %).

Ensuite, 12 énoncés sont directement liés à la formation (ex. : « Formations de rafraîchissement sur les codes blancs pour tout le personnel », « formation OMÉGA devrait être obligatoire », « cours sur les façons de communiquer avec un patient en crise », etc.). Parmi les réponses obtenues, cinq énoncés proposaient des SVRAMT pour lesquelles aucune mesure n'a été effectuée et qui n'ont pas été repérées dans la littérature. Deux énoncés concernent la gestion du tabagisme (« ordonnance collective concernant la nicotine » et « présence d'un fumoir près des civières ») et deux autres suggèrent comme stratégie efficace la présence des proches auprès des usagers (« implication des proches aidants dans les soins » et « présence de la famille »). Enfin, un autre énoncé suggère la mise en place d'un couloir de service spécifique pour les usagers présentant des problèmes de santé mentale.

## Discussion

Ce chapitre se divise en sept sections. Premièrement, un retour est effectué sur l'apport des cadres de référence ayant soutenu l'étude. Deuxièmement, le portrait sociodémographique des répondantes ainsi que la prévalence des agressions sont présentés et discutés. Troisièmement, la présence et l'utilisation des SVRAMT sont abordées afin de répondre aux deux premières questions de recherche. Quatrièmement, la perception d'efficacité des SVRAMT sur la fréquence et la gravité, permettant de répondre aux deux dernières questions de recherche, est adressée, ainsi que l'efficacité cumulée. Cinquièmement, certains résultats donnent également lieu à des réflexions émergentes qui, bien qu'elles ne répondent pas directement aux objectifs spécifiques de la recherche, méritent d'être discutées. Le chapitre se poursuit par la formulation de recommandations selon les fonctions du champ d'exercice de l'infirmière. Il se conclut par la présentation des forces et des limites de la présente étude.

### **Apport des cadres de référence**

Tout d'abord, le Modèle des milieux de travail sains proposé par Banjok et Stewart-Pyne (2018) a été fondamental pour constituer la base de l'organisation de la majorité des SVRAMT recensées. La catégorisation de chaque stratégie a permis d'établir une cohérence entre les différents niveaux de ce modèle écologique adapté et de justifier l'absence de réponses concernant la présence et l'utilisation des SVRAMT de niveau externe. Rappelons que, dans le modèle, les éléments correspondent à trois niveaux de

cercles concentriques décrivant le contexte (individuel ; organisationnel ; externe), et sont aussi subdivisés en trois tiers (éléments politique, physiques et structurels ; éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels ; éléments professionnels). La combinaison de ces deux dimensions mène à neuf types de facteurs distincts contribuant à un milieu de travail sain (Banjok et Stewart-Pyne, 2018). Pour l'organisation des informations issues de la recension des écrits, les SVRAMT ont été catégorisées en fonction de ces neuf types de facteurs. Cependant, le caractère multimodal de certaines stratégies et la relative fluidité avec laquelle une même stratégie pouvait être attribuée à plusieurs types de facteurs ont fait en sorte que la distinction entre eux s'est avérée moins franche qu'initialement anticipé. En effet, dans l'élaboration du questionnaire, la structure en niveau a été conservée, mais la distinction entre les neuf types de facteurs n'a pas été conservée. Cette structure du questionnaire a mis de l'avant le principe selon lequel « c'est la combinaison de facteurs et d'éléments qui détermine la nature du milieu de travail et influence l'expérience individuelle ; les interventions visant à promouvoir des milieux de travail sains doivent cibler plusieurs niveaux et éléments du système – et, en fait, le système lui-même » qui décrit justement le modèle (AIIAO, 2019, p. 29).

Le cadre de référence de l'analyse du risque dans les organisations de soins de santé, décrit par Pascarella et al. (2021), a constitué, pour sa part, la pierre angulaire de l'ensemble de l'étude. Il a été au cœur de l'élaboration des objectifs de l'étude et des questions de recherche et il a permis de structurer de manière synthétisée les résultats obtenus. La robustesse de ce modèle en fait un outil utilisable tant pour l'évaluation des risques que pour l'évaluation de l'adéquation des stratégies visant à réduire ces risques.

Toutefois, ce cadre de référence a présenté certaines limites en regard du contexte de son application dans la présente étude. En effet, dans la description du cadre, il est possible de déterminer un score d'adéquation pour chaque stratégie. Cependant, dans le contexte actuel de cette étude où aucune observation directe n'a été faite et où il s'agissait de réponses auto-rapportées, il n'a pas été possible de distinguer la « documentation » de la « sensibilisation ». Par conséquent, le calcul du score d'adéquation n'a pas été possible.

En résumé, le cadre de référence des milieux de travail sains de Banjok et Stewart-Pyne (2018) a permis d'organiser la structure conceptuelle des différents niveaux, tandis que le cadre d'analyse du risque dans les organisations de soins de santé de Pascarella et al. (2021) a soutenu la structure opérationnelle de l'étude. La combinaison des forces de ces deux cadres de référence a ainsi permis de structurer et d'analyser les données recueillies afin de répondre aux questions de recherche.

### **Portrait sociodémographique et prévalence des agressions**

Le tableau 5 a présenté un portrait diversifié des caractéristiques sociodémographiques collectées, permettant une comparaison partielle avec les données disponibles de l'OIIQ. Nous pouvons comparer uniquement le genre et le rôle professionnel à la population générale des infirmières, car ce sont uniquement ces variables qui sont disponibles dans le rapport statistique de l'effectif infirmier de l'OIIQ (2023). Pour ce qui est du genre, l'étude a reçu les réponses de 83,1 % de femmes, une proportion comparable à celle de l'effectif infirmier général, qui est de 88 %. En ce qui a trait au rôle professionnel, les proportions sont aussi généralement comparables : 3 %

gestionnaire (8 % en général), 4,5 % au soutien clinique ou à l'enseignement (3 % en général) et 80,6 % en soins directs (74 % en général) et 10 % assistante au supérieur immédiat (9 % en général). Sans disposer d'un portrait spécifique de la population cible, les proportions des données disponibles sont comparables à celles de l'effectif infirmier en général.

Les écrits recensés brossaient déjà le portrait d'une problématique largement présente d'agressions dans les milieux de soins d'urgence. La présente étude a révélé que 100 % des infirmières œuvrant en salle d'urgence, peu importe leurs caractéristiques professionnelles ou personnelles, tels que le genre ou le rôle exercé, avaient vécu au moins une situation d'agression verbale dans la dernière année. Ce résultat concorde avec l'écrit de Phillips (2016), qui rapportait le même pourcentage d'exposition. Plus récemment, Alshahrani et al. (2021) ont fait état d'un pourcentage d'agression subie moindre (75,6 %). Toutefois, les répondantes étant majoritairement des médecins (54 %), ceux-ci seraient moins exposés aux agressions que les infirmières, comme le soulignent Kumari et al. (2020) et Phillips (2016). De plus, Hsu et al. (2022) corroborent que les infirmières travaillant en salle d'urgence présentent un risque particulièrement élevé de subir des agressions en raison de la nature de leurs tâches et de leurs responsabilités.

Finalement, comme l'ont indiqué Wong et al. (2017) et rappelé par Hsu et al. (2022), en raison de tâches impliquant une très grande proximité avec les usagers et de la nature même de son rôle, l'infirmière traitante est particulièrement exposée au risque d'agression provenant des usagers et de leurs accompagnateurs. Pour les infirmières ayant

une moindre proximité avec les usagers, étant donné leurs rôles professionnels (par exemple, les infirmières gestionnaires ou conseillères en soins infirmiers), cela constitue un facteur de protection, cohérent avec les écrits portant sur les différences d'exposition au risque liées au rôle professionnel et à l'organisation du travail.

## **Présence et utilisation des SVRAMT**

### ***Lecture globale des écarts entre la présence et l'utilisation des SVRAMT***

Afin de bien décrire la situation des SVRAMT dans les urgences québécoises et de répondre aux deux premières questions de recherche, les données ont été traitées de sorte à mesurer la répartition globale des stratégies ; elles ont ensuite été individuellement ordonnées selon leur présence et leur utilisation.

Comme il a été constaté dans le tableau 7, l'écart entre la moyenne de présence de l'ensemble des SVRAMT et la moyenne de leur utilisation n'est pas ordonné selon le sens intuitivement présumé ou suggéré dans le cadre de référence (soit, un rapport décroissant entre la présence d'une stratégie et son utilisation). Cet écart pourrait s'expliquer en partie par la méconnaissance des répondantes quant à l'existence des stratégies dans le milieu (Pascarella et al., 2021). Effectivement, l'élément de la « sensibilisation » présenté dans le cadre de Pascarella et al. (2021) cherche justement à mesurer si un écart est présent entre la documentation (trace officielle d'une stratégie ou mesure de mitigation de risque) et la connaissance de cette dernière par les acteurs du terrain. De plus, cinq SVRAMT de niveau individuel sur neuf (55 %) par rapport à 13 SVRAMT de niveau organisationnel

sur 30 (43,3 %) présentent ce résultat contre-intuitif. Cependant, certains comportements de protection de niveau individuel n'ont pas besoin de s'appuyer sur l'organisation pour être effectués et être reconnus comme des stratégies présentes (ASSTSAS, 2024; Gillespie et al., 2013). Par exemple, « 03. Distance sécuritaire » est présente dans 87,2 % des milieux de travail, mais elle est utilisée dans une proportion de 94,9 %. En effet, cette SVRAMT illustre que, même s'il ne s'agit pas d'une directive ou pratique recommandée officiellement par un établissement, la soignante peut choisir de son propre chef d'adopter ce comportement afin de se protéger.

On constate le phénomène inverse par rapport à la présence (59 %) et à l'utilisation (55,6 %) des stratégies de niveau organisationnel. Cet écart s'explique possiblement par un décalage entre la présence de la stratégie dans les politiques et procédures d'un établissement et son utilisation par les acteurs concernés, témoignant parfois d'une méconnaissance des stratégies en place. L'évaluation de cet écart fait d'ailleurs partie de la démarche d'évaluation de l'adéquation de Pascarella et al. (2021) et témoigne d'une faiblesse de cette dernière.

Bien que la présence de stratégies de niveaux diversifiés soit propice à un milieu de travail sain (AIIAO, 2019; Bagnasco et al., 2024; Maccarone et al., 2025; Ramacciati et Morales Palomares, 2025), le niveau individuel est également celui sur lequel le travailleur exerce le plus de contrôle. Les stratégies de ce niveau sont aussi les moins coûteuses et, par conséquent, peuvent plus facilement être mises en œuvre (Shaikh et al., 2022). Au-delà de ces tendances générales, l'analyse détaillée de certaines stratégies

permet de mieux comprendre les écarts observés entre leur présence, leur utilisation et les contraintes propres aux milieux d'urgences.

### *Analyse des stratégies les plus et les moins mobilisées*

À l'instar des moyennes globales, on peut constater que les trois stratégies les plus présentes et les quatre les plus utilisées se situent au niveau individuel. La stratégie « 16. Cartes d'identification » est la plus répandue, en dépit du fait qu'il s'agisse d'une exigence de base des processus d'agrément (Agrément Canada, 2021) et qu'elle ait été suggérée par plusieurs auteurs comme facilitatrice du contrôle d'accès au milieu (Alshahrani et al., 2021; Copeland et Henry, 2017; Shaikh et al., 2022). Les stratégies : « 03. Distance sécuritaire », « 04. Code blanc », « 07. Désescalade », « 10. Ne pas être seul » sont abordées dans une majorité de programmes de formation en intervention en situation d'agressivité (Arbury et al., 2017; ASSTSAS, 2024).

Comme énoncé précédemment, ces quatre stratégies n'entraînent pas de coûts additionnels à la prestation de soins, ce qui en facilite la mise en œuvre dans divers milieux. Il importe de préciser que la stratégie « 10. Ne pas être seul » ne comporte pas de données quant à sa présence dans les milieux, en raison d'une erreur informatique survenue lors de la collecte de données.

Ensuite, la stratégie « 28. Mesures de contrôle » se démarque aussi, selon les répondantes. Elle se situe deuxième au rang des présences et troisième au rang de l'utilisation. Ce fait s'explique possiblement par l'obligation des milieux de soins de se

doter de cette pratique organisationnelle requise (Agrément Canada (2021) qui exige à tous les établissements de se doter de politiques, de procédures et d'auditer leurs pratiques autour de l'application de mesures de contrôle. De plus, le MSSS a publié, en 2015, un cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Ce cadre impose à tous les établissements de santé ayant recours à des mesures de contrôle de se doter de politiques d'utilisation, de registres et, également, d'offrir de la formation portant sur une pratique standardisée en regard des contentions chimiques et physiques (MSSS, 2015). Ainsi, les outils législatifs, tels que la loi, ou les outils réglementaires, tels que les processus d'agrément, ont, du fait de leurs directives précises, incité les organisations à mettre en place certaines SVRAMT.

Par ailleurs, bien que la stratégie « 06. Dégagement », soit également enseignée dans les programmes de formation, elle se situe au rang des stratégies les moins présentes et utilisées. Ce constat s'explique possiblement par le fait que cette stratégie n'est mobilisée qu'à la suite d'agressions physiques d'une gravité relativement élevée, ce qui se produit relativement peu fréquemment. De plus, pour être efficace, elle nécessite un entraînement constant (ASSTSAS, 2024). Au sujet de « 08. Identification des déclencheurs » et de « 09. Outil d'évaluation », Ilarda et al. (2024) expliquent que la multitude d'outils de dépistage différents disponibles et leur fiabilité variable agissent potentiellement comme frein à leur implantation. Par ailleurs, Fortier (2019) suggère que l'utilisation d'un outil de repérage de l'agressivité est une stratégie à faible coût et son efficacité justifierait l'effort d'implantation.

La stratégie qui s'est révélée être la moins présente et utilisée dans cette étude, est « 18. Salles sécurisées ». Ce résultat peut s'expliquer par le fait que cette stratégie se retrouve surtout dans les guides d'implantation de l'OSHA (2019) où les risques de fusillades sont beaucoup plus élevés en raison des politiques américaines autour du port d'armes à feu (Small Arms Survey, 2018). De plus, ce genre d'installation nécessite un investissement de ressources financières importantes (Zamani, 2019) alors que le risque de fusillades en milieu hospitalier au Québec est extrêmement bas. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2018) rappelle en effet que les tueries de masse sont des événements qui « sont en réalité extrêmement rares, surtout au Québec et au Canada » (p.5). Dans le même ordre d'idée, la « 23. Division de salle d'attente » est peu présente ou utilisée, car celle-ci nécessite un investissement financier important en regard de la conception et de la construction des salles d'urgence (Alshahrani et al., 2021; Jacob et al., 2025; Zamani, 2019). La dernière SVRAMT se retrouvant parmi les cinq stratégies les moins utilisées est celle de la « 38. Compilation ». Cela a un impact majeur sur le niveau de préparation des soignants face à un usager qui pourrait avoir des antécédents d'agresseur (Fortier, 2019). De plus, Scallan et al. (2024) et Shaikh et al. (2022) soulignent que, si ce type de données était disponible, cela pourrait soutenir le développement des connaissances et de la recherche, leur absence constitue ainsi un frein.

### **Perception d'efficacité des SVRAMT**

Les résultats montrent que trois des cinq stratégies jugées les plus efficaces pour réduire la fréquence des agressions se retrouvent aussi dans les cinq stratégies les plus présentes ou utilisées. Il s'agit des stratégies « 7. Techniques de désescalade », « 10. Être

accompagné » et « 28. Mesures de contrôle ». Cependant, une seule des cinq stratégies perçues comme étant les plus efficaces pour réduire la gravité se retrouve dans les cinq plus présentes ou utilisées, il s'agit de la stratégie « 28. Mesures de contrôle ».

Cependant, les résultats mettent également en évidence un décalage important entre l'efficacité perçue de certaines stratégies et leur déploiement réel dans les milieux d'urgence, particulièrement en ce qui concerne les stratégies visant la réduction de la gravité des agressions. Les stratégies « 29. Personnel spécialisé » et « 32. Salle de désescalade » figurent parmi les stratégies les plus efficaces pour réduire la gravité des agressions, mais elles figurent respectivement au 27<sup>e</sup> et au 29<sup>e</sup> rang en termes de présence et au 21<sup>e</sup> et au 26<sup>e</sup> rang en termes d'utilisation. Nous constatons d'ailleurs dans le tableau 11 qu'elles font partie des stratégies présentant le plus grand écart entre l'efficacité cumulée et la présence ou l'utilisation. Par ailleurs, pour ce qui est de « 29. Personnel spécialisé », une récente enquête inédite de l'équipe des mesures d'urgence du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NIM) sur le déploiement d'une équipe d'agents d'intervention spécialisés à la salle d'urgence a mesuré l'impact d'une telle stratégie sur le sentiment de sécurité des employés et les incidents associés. L'enquête révèle notamment une amélioration marquée du sentiment de sécurité, une baisse des accidents de travail liés aux agressions et une baisse importante du volume d'interventions non planifiées en situation d'agression (Mesures d'urgence et sécurité civile, 2024). Cependant, les coûts associés au déploiement de ce programme se situent à près d'un million de dollars annuellement pour assurer une couverture continue dans une salle d'urgence. Par ailleurs, Charrier et al. (2019), dans une étude menée en France, soulignent

que l'opinion des soignants à l'égard de ces équipes spécialisées est généralement favorable, malgré une connaissance encore limitée de cette ressource. Plus récemment, les médias ont rapporté que d'autres établissements, dont le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, ont également choisi de déployer ce genre d'équipe dédiée (Gentile et Boily, 2026a). Compte tenu des coûts importants associés à cette stratégie et en l'absence d'un financement gouvernemental dédié, son déploiement à grande échelle semble toutefois peu probable à court terme.

### **Relation entre présence, utilisation et efficacité**

Les stratégies « 29. Personnel spécialisé », « 32. Salles de désescalade », « 30. Ratio », « 19. Effets personnels » et « 37. Plan d'intervention » ont été identifiées dans les deux premiers quartiles d'efficacité cumulée, tout en étant peu implantées et peu utilisées (Figure 3 ; Tableau 11).

L'analyse de ces stratégies permet de mieux comprendre les écarts observés entre l'efficacité perçue et le déploiement réel dans les milieux d'urgence. La stratégie « 30. Ratios » en lien avec la sécurité des travailleurs, est fréquemment mentionnée et se classe au 8<sup>e</sup> rang quant à la perception d'efficacité cumulée (Alshahrani et al., 2021; Copeland et Henry, 2017; Kumari et al., 2020; Phillips, 2016; Reißmann et al., 2023). Le contexte de ratios défavorables présent dans les établissements de santé fait l'objet de préoccupations depuis de nombreuses années. En 2022, des organismes, syndicats et ordres professionnels ont d'ailleurs pris position en faveur d'une loi visant à établir des ratios infirmière-usager sécuritaires dans les établissements de santé du Québec (*Ratios*

*en santé*, 2022). Cette mobilisation suggère que la société civile est sensible à la problématique des agressions envers les travailleurs de la santé.

La stratégie « 19. Effets personnels » est également perçue comme ayant une efficacité cumulée élevée, tout en étant peu implantée et peu utilisée. Bien que cette stratégie comporte peu de coûts d'opération, son déploiement est complexe et nécessite la mobilisation de plusieurs services (personnel clinique, personnel de la sécurité, affaires juridiques), ce qui pourrait expliquer sa faible implantation (Copeland et Henry, 2017; Kumari et al., 2020; Phillips, 2016). Le CIUSSS-NIM a toutefois mis en place en 2020 une politique et des procédures encadrant l'utilisation du détecteur de métal ainsi que la fouille et la saisie des effets personnels dangereux, en collaboration avec les équipes cliniques et celles responsables de la sécurité (CIUSSS-NIM, 2020). De plus, la consultation de la base de données de la Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec (CVAPSU) révèle que plusieurs établissements québécois, tels que le CISSS de Laval, de la Côte-Nord, les CHU de Montréal et de Québec, ont implanté cette stratégie au cours des dernières années et partagé leurs outils avec d'autres milieux (CVAPSU, 2022). Très récemment, certains médias ont aussi rapporté l'utilisation de détecteurs de métal à l'hôpital Notre-Dame et dans d'autres hôpitaux canadiens (Gentile et Boily, 2026b ; Nadeau, 2026).

Finalement, la stratégie « 37. Plan d'intervention » présente également un écart important entre la perception de son efficacité cumulée et sa présence ainsi que son utilisation. Fortier (2019, 2021) souligne le potentiel de cette stratégie en raison de son

faible coût d'implantation et d'opération, ainsi que de ses retombées positives anticipées sur la sécurité du personnel. Dans ses travaux, l'auteur présente les mécanismes à mettre en place permettant aux soignants d'avoir facilement accès aux outils technologiques afin d'accéder au plan d'intervention des usagers ciblés. Cependant, son implantation comporte plusieurs défis, notamment en ce qui concerne la formation du personnel, le manque de temps ou certaines attitudes défavorables envers les usagers, comme le décrivent Souli et al. (2018). Malgré les défis associés à son implantation, cette stratégie représente une opportunité d'amélioration intéressante pour les établissements. En effet, elle apparaît sous-utilisée dans les milieux étudiés, alors qu'elle est perçue comme efficace et qu'elle nécessite des ressources financières relativement modestes pour son déploiement et son maintien.

### **Nouvelles SVRAMT**

Pour clore le présent chapitre, les trois nouvelles stratégies suggérées par les répondantes trouvent un écho dans certains écrits. Effectivement, une publication de l'INESSS (2024) énonce que favoriser la présence des proches constitue une disposition incontournable pour prévenir et traiter le délirium ainsi que les comportements dangereux qui y sont associés. Il en va de même pour la stratégie de gestion du tabac et des produits de remplacement. Celle-ci a toutefois uniquement été repérée dans une étude d'Allen et al. datant de 2011 visant à identifier les stratégies permettant de réduire l'agitation et les comportements agressifs chez les personnes dépendantes au tabac et atteintes de schizophrénie. Enfin, la SVRAMT se référant au déploiement de corridors de service spécifiques pour les clientèles présentant un trouble psychiatrique, constitue un des

principes qui sous-tendent l'organisation des services d'urgence du Québec (MSSS, 2022a). Certains centres hors Québec, comme l'hôpital Montfort d'Ottawa, ont d'ailleurs des espaces dédiés aux clientèles requérant ce type de soins ainsi qu'un accès à une équipe spécialisée (Hôpital Montfort, 2026).

Le premier document est issu de la littérature grise, le second date d'une période antérieure à celle couverte par la recension d'écrits, le troisième provient d'un guide de gestion et l'exemple est issu de la littérature grise et situé hors Québec. Ces éléments expliquent pourquoi ces stratégies n'avaient pas été repérées initialement.

Le fait que seulement trois nouvelles stratégies aient émergé de la question ouverte, et qu'elles ne figuraient pas dans le questionnaire, suggère que la recension des écrits initiale a permis de brosser un portrait assez réaliste de l'éventail des stratégies existantes dans les réseaux de la santé, contribuant ainsi à la validité de contenu de l'outil développé.

### **Réflexions émergentes**

Vu le grand nombre de données collectées, certaines réflexions émergentes méritent d'être discutées, même si elles ne répondent pas directement aux questions de recherche ni au but de l'étude. En effet, des constats liés aux caractéristiques sociodémographiques et à la prévalence des agressions permettent de préciser et de soutenir certains éléments de la problématique. De plus, les données collectées autour des questions sur les formations mènent à des réflexions et à des questionnements en lien avec

la problématique générale. Les tableaux associés à ces réflexions se trouvent à l'appendice G.

### *Caractéristiques sociodémographiques et analyses complémentaires*

Le tableau 10 présente le croisement entre les variables sociodémographiques et la prévalence des agressions. Puisque 100 % des participantes ont déclaré avoir subi au moins une agression verbale dans la dernière année et que peu de répondantes (n=8) ont indiqué avoir vécu une agression physique ayant causé des lésions permanentes, ces données ont été exclues des analyses et du tableau 10. L'absence de variations et le trop faible nombre de réponses ne permettaient pas de réaliser des tests statistiques visant à déceler des différences significatives.

Ensuite, afin d'augmenter la puissance statistique, la variable de fréquence d'agression a été transformée en variable dichotomique (toute fréquence = oui, jamais = non) et la variable concernant le rôle principal des répondantes a été regroupée en deux catégories (infirmière en soins directs comparativement à l'ensemble des autres rôles). Ces transformations ont permis de mettre en évidence des différences statistiquement significatives à l'aide du test de  $\text{Khi}^2$ .

Tel qu'illustré dans ce tableau, le genre, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, la vocation unique d'un milieu de travail ainsi que le rôle principal d'infirmière

en soins directs présentent une association statistiquement significative avec la variable « avoir été agressée ou non ». Le tableau 11 expose les rapports de cotes calculés afin de décrire plus précisément les relations qui semblent exister entre ces caractéristiques et le risque de subir une agression. Ces rapports n'ont été calculés que pour les niveaux de gravité pour lesquels un test de  $\text{Khi}^2$  significatif a été identifié, à l'exception de la variable liée aux années d'expérience.

L'échelle ordinale utilisée pour mesurer le nombre d'années d'expérience ne permet toutefois pas le calcul d'un rapport de cotes. Néanmoins, l'expérience professionnelle est reconnue comme facteur associé au risque d'agression dans plusieurs études (Bagnasco et al., 2024; Emam et al., 2018; Kumari et al., 2020; Phillips, 2016), ce qui concorde avec les résultats obtenus dans la présente étude.

Les analyses suggèrent que le fait d'être un homme est associé à des rapports de cotes plus élevés de subir une agression physique ou une agression physique avec lésions, avec des valeurs respectives de 1,405 et 2,059. Ce résultat peut paraître surprenant, puisque Phillips (2016) et Nasir (2024) identifient plutôt le fait d'être une femme comme un facteur de risque. Toutefois, ces études ne distinguent pas le type d'agression, alors que, dans la présente étude, les hommes semblent davantage exposés aux agressions de nature physique.

La vocation unique d'un milieu de travail, comparativement à un milieu à vocation générale, présente également une association statistiquement significative au test du  $\text{Khi}^2$

en lien avec le risque de subir une agression verbale sévère. Au Québec, les règles de répartition des services préhospitaliers d'urgence excluent les centres hospitaliers à vocation unique des destinations pour les usagers présentant des troubles psychiatriques (Urgence Santé, 2024), ce qui pourrait contribuer à expliquer une incidence moindre des agressions dans ces milieux. Toutefois, le rapport de cotes associé n'est pas statistiquement significatif.

Enfin, il est peu surprenant que les infirmières en soins directs soient plus susceptibles de subir des agressions physiques. Ce risque accru lié au rôle professionnel est également rapporté dans l'étude de Nasir (2024). Comme l'ont indiqué Wong et al. (2017), puis rappelé par Hsu et al. (2022), en raison de la grande proximité avec les usagers et de la nature même de leurs fonctions, les infirmières traitantes sont particulièrement exposées au risque d'agression. À l'inverse, une moindre proximité avec les usagers, caractéristique de certains rôles (p.ex., gestion, conseil, soutien clinique) constitue un facteur de protection. Ainsi, les infirmières en soins directs présentent un risque de 1,45 fois plus élevé de subir une agression physique que celles exerçant d'autres fonctions.

En résumé, le genre, le rôle professionnel et la vocation du milieu de travail semblent associés au risque de subir une agression. Toutefois, ces relations n'ont pas été étudiées spécifiquement dans la population des infirmières d'urgence, et certaines différences observées par rapport aux écrits existants soulignent la pertinence de mener davantage d'études ciblant cette population particulière (Bagnasco et al., 2024; Emam et al., 2018; Kumari et al., 2020; Phillips, 2016).

### ***Déploiement et hétérogénéité des formations en prévention des agressions***

Pour ce qui est des formations portant sur les SVRAMT, 52 % des répondantes affirment n'avoir reçu aucune formation relative aux stratégies de niveau individuel et 79 % n'avoir reçu aucune formation sur les stratégies de niveau organisationnel. Aucune question ne portait sur la formation sur les SVRAMT de niveau externe en raison de leur nature. En combinant ces deux questions, 55 % des répondantes déclarent n'avoir reçu aucune formation sur les SVRAMT. Lorsqu'une réponse positive était donnée, il était demandé aux répondantes de préciser la formation suivie. Parmi les 36 réponses ayant fourni cette précision, la formation OMÉGA a été mentionnée à 21 reprises, avec d'importantes variations quant à la durée de formation, allant de deux heures à quatre jours. Cette formation propose effectivement différentes versions en termes de contenu et de durée (ASSTSAS, 2024), toutefois, les questions posées ne permettent pas d'identifier le contenu spécifique qui a été reçu par les répondantes ayant suivi cette formation. Le tableau 12 présente les résultats portant sur les deux questions spécifiques relatives à la formation.

Dans les articles recensés, six contenus spécifiques de formation ont été identifiés :

- 1) technique de dégagement sécuritaire à utiliser lors d'une agression physique (Al-Qadi, 2020; Arbury et al., 2017; Buterakos et al., 2020; Wirth et al., 2021);
- 2) techniques de communication et de désescalade (Arbury et al., 2017; Brunero et al., 2021; Buterakos et al., 2020; Krull et al., 2019; Wirth et al., 2021);
- 3) politiques et procédures locales (Alshahrani et al., 2021; AlShehri, 2020; Arbury et al., 2017; Maccarone et al., 2025;

Shaikh et al., 2022; Wirth et al., 2021); 4) facteurs de risques et déclencheurs de comportements violents (Arbury et al., 2017; Wirth et al., 2021); 5) techniques d'utilisation adéquate des mesures de contrôle (Arbury et al., 2017; Buterakos et al., 2020; Davids et al., 2021; Krull et al., 2019; Wirth et al., 2021); et 6) utilisation d'un outil d'évaluation du risque (Arbury et al., 2017; Wirth et al., 2021).

Cependant, Arbury et al. (2017), dans une étude portant sur l'évaluation de la qualité des formations en prévention des agressions en milieu de travail, énoncent 21 éléments de contenu essentiels devant être intégrés aux formations destinées aux travailleurs de la santé. De plus, ces stratégies se retrouvent dans les programmes de formation OMÉGA ayant été suivis par certaines participantes (ASSTSAS, 2024).

Finalement, la présente étude permet de constater que la formation est peu déployée dans les établissements québécois. En effet, plus de la moitié des répondantes affirment n'avoir reçu aucune formation sur le sujet, alors même que l'impact positif de la formation a été largement étudié et documenté (Reißmann et al., 2023; Wirth et al., 2021). Les résultats de l'étude n'ont pas permis d'évaluer la qualité des programmes de formation suivis par environ un tiers des répondantes, mais ils ont soulevé une grande hétérogénéité dans les formations offertes en termes de type de formation ou de durée. Par exemple, tel que décrit par Dupuis et al. (2022), le contenu de la formation OMÉGA d'un jour couvre l'identification des risques et l'adoption de comportements sécuritaires, alors que la formation OMÉGA de quatre jours aborde l'application de techniques d'intervention verbales et physiques, l'intervention en équipe et l'utilisation graduelle de

la force. Dans un article portant sur l'efficacité des formations visant à protéger les infirmières de la violence (terminologie utilisée par les auteurs) offerte dans les milieux de soins, Corneau et Lauzier (2025) décrivent qu'une grande variabilité dans la qualité et la durée des formations offertes vient complexifier l'harmonisation des pratiques et le rapprochement vers les pratiques exemplaires.

### **Recommandations**

Par suite des résultats obtenus par la présente étude, des recommandations sont suggérées pour chacune des cinq fonctions du champ d'exercice de l'infirmière, soit : la pratique clinique, la gestion, la formation et le conseil, la recherche et le politique (Roy et al., 2025).

#### ***Pratique clinique***

Les infirmières sondées semblent mobiliser activement des stratégies de protection individuelle. Étant celles sur lesquelles elles ont le plus de contrôle, la majorité des SVRAMT de niveau individuel sont aussi les plus utilisées. Même pour les stratégies de niveau organisationnel, les infirmières signalent faire preuve d'initiative, parfois au-delà de la disponibilité officielle de la stratégie. Par ailleurs, certaines stratégies à coût nul et nécessitant peu, voire pas de formation ne sont pas adoptées de façon généralisée par les infirmières. Par exemple, la stratégie « 01. Option de fuite » n'est utilisée que par 61 % des répondantes et chaque personne individuellement aurait la capacité de réduire le risque à la source. De plus, certaines stratégies, telles que « 05. Objets hors de portée » et « 08.

Identification des déclencheurs », pourraient aussi facilement être intégrées dans la pratique courante des infirmières comme réflexe lors de l'approche d'un usager ou en préparant son milieu de travail.

Concrètement, ces stratégies pourraient être renforcées par les équipes cliniques elles-mêmes, notamment par l'intégration explicite de rappels cliniques lors des relèves, des rencontres d'équipe ou des briefings de début de quart. Les infirmières ressources ou conseillères en soins infirmiers pourraient jouer un rôle clé en soutenant l'adoption de ces réflexes de protection individuelle, par exemple en les intégrant aux pratiques d'accueil des nouvelles infirmières, aux outils cliniques locaux ou aux discussions de cas. À l'échelle individuelle, les infirmières peuvent également être encouragées à systématiser ces stratégies comme partie intégrante de leur préparation du milieu de soins, au même titre que les autres mesures de sécurité de base.

### ***Gestion***

Les gestionnaires gagneraient à s'appuyer sur les résultats de la présente étude pour orienter le déploiement des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail. De plus, lorsqu'une stratégie de niveau organisationnel est présente dans d'autres établissements, mais absente de son milieu, le gestionnaire pourrait envisager son déploiement à la lumière des résultats de la présente étude. Toutefois, le choix et le déploiement des SVRAMT devraient être guidés par les risques propres à chaque milieu de soins.

Dans un premier temps, le gestionnaire doit dresser un inventaire des risques associés aux agressions dans son milieu. Par la suite, il doit évaluer, pour chacun des risques identifiés, l'adéquation des différentes SVRAMT retenues en s'appuyant sur la démarche du Cadre d'analyse des risques dans les organisations de soins de santé afin d'atténuer ces risques.

Par ailleurs, l'écart contre-intuitif observé entre l'utilisation et la présence des stratégies pourrait être en partie attribuable à un manque de connaissances de la part des répondantes quant aux SVRAMT réellement déployées dans les milieux. Cet écart comporte un risque de désengagement du personnel, qui pourrait percevoir que l'organisation n'en fait pas suffisamment pour assurer leur protection. Il serait donc bénéfique d'améliorer les processus de communication entourant les différentes initiatives locales afin de favoriser l'adhésion des équipes et renforcer leur engagement.

Ensuite, plusieurs des stratégies jugées les plus efficaces nécessitent des investissements importants, notamment pour la modification des espaces physiques. Bien qu'il soit peu réaliste d'envisager un déploiement à grande échelle à court terme sans l'octroi de ressources supplémentaires, les gestionnaires impliqués dans la conception ou la transformation des milieux de soins devraient intégrer les considérations de sécurité liées aux risques d'agression dans toutes les phases de développement de ces espaces.

Concrètement, les gestionnaires pourraient s'appuyer sur les résultats de la présente étude pour prioriser les stratégies présentant le plus fort potentiel d'efficacité, en

tenant compte des ressources disponibles et des réalités locales. Des mécanismes simples, tels que la diffusion ciblée de l'information lors des rencontres d'équipe ou l'intégration des SVRAMT dans les orientations cliniques locales, pourraient contribuer à réduire l'écart observé entre la présence réelle des stratégies et leur utilisation par le personnel. Enfin, lors de projets de rénovation ou de construction de nouveaux espaces de soins, les gestionnaires ont un rôle clé à jouer pour intégrer les considérations de sécurité liées au risque d'agression dès la phase de conception, en collaboration avec les équipes concernées.

### ***Formation et conseil***

La présente étude met en lumière un résultat surprenant, soit le grand nombre d'infirmières n'ayant reçu aucune formation portant à la fois sur les stratégies de niveau individuel et organisationnel. Pourtant, la formation est un levier incontournable pour réduire tant la fréquence que la gravité des agressions en milieu de travail (Al-Qadi, 2020; AlShehri, 2020; Corneau et Lauzier, 2025; Gillespie et al., 2013; Wirth et al., 2021). D'ailleurs, des montants réservés au développement des ressources humaines sont inscrits dans les conventions collectives et pourraient être mobilisés afin d'offrir des formations ciblées aux équipes en regard des SVRAMT (Québec, 2021).

De plus, dès le début de leur carrière, les nouvelles infirmières sont exposées à un risque important d'agression. Il serait donc bénéfique que tant les établissements d'enseignement que les établissements de santé offrent des occasions de formation afin de

mieux préparer ces professionnelles à un risque important auquel elles seront rapidement confrontées. La formation et le développement professionnel doivent s'inscrire dans un processus continu, tel que le stipulent les normes professionnelles et les documents d'orientation de l'OIIQ (Ouellet et al., 2011a, 2011b). Il importe toutefois de s'assurer que les formations offertes soient de qualité et répondent aux besoins identifiés sur le terrain (Corneau et Lauzier, 2025).

Concrètement, la responsabilité de la formation en matière de prévention et de gestion des agressions en milieu de travail doit être partagée entre plusieurs acteurs. Les établissements d'enseignement ont un rôle clé à jouer dans l'intégration de contenus de base portant sur les SVRAMT dès la formation initiale des infirmières, afin de les préparer aux réalités des milieux d'urgence. Les établissements de santé, pour leur part, sont responsables d'assurer l'accès à des formations continues adaptées aux risques spécifiques de leurs milieux, en cohérence avec les stratégies organisationnelles en place. Les gestionnaires cliniques et les équipes de formation et de conseil jouent enfin un rôle central dans l'identification des besoins, la planification des formations et le maintien des compétences dans le temps, notamment par des activités de mise à jour ou de rafraîchissement.

Cependant, comme le soulignent Wirth et al. (2021), bien que souvent citée dans la littérature, l'efficacité de la formation demeure peu étudiée. Comme il a été mentionné précédemment, la réduction des risques repose sur une combinaison de SVRAMT; la

formation constitue une composante importante, mais demeure insuffisante lorsqu'elle est utilisée de façon isolée.

### *Recherche*

À la lumière des résultats de la présente étude, plusieurs pistes de recherche méritent d'être approfondies. La priorité serait de mener davantage d'études expérimentales portant sur les SVRAMT perçues comme efficaces afin de valider ou d'infirmer ces perceptions. Ce constat est partagé par de nombreux auteurs, qui déplorent le manque de données empiriques mesurant l'efficacité réelle des SVRAMT déployées dans les établissements de santé (Shaikh et al., 2022). De plus, l'efficacité évaluée dans la présente étude repose sur des données autodéclarées et demeure donc de nature subjectives. Il serait pertinent de développer des études expérimentales ou quasi expérimentales permettant de mesurer de façon plus objective les retombées réelles de l'implantation de certaines stratégies. Par ailleurs, les trois stratégies non repérées dans la recension des écrits, mais suggérées par les répondantes, gagneraient à être explorées plus systématiquement afin d'en documenter les fondements théoriques et les effets potentiels.

Il apparaît également essentiel de développer des sources de données fiables et accessibles relativement aux événements violents en milieu de soins. L'implantation progressive du dossier santé numérique pourrait, à terme, favoriser la constitution de bases de données centralisées permettant de croiser différents types d'informations pertinentes pour la recherche (Gouvernement du Québec, 2024). Une telle infrastructure

représenterait une ressource majeure pour l'avancement des connaissances, comme le soulignent notamment Scallan et al. (2024). Bien que plusieurs établissements disposent déjà de données relativement détaillées sur les incidents de travail, celles-ci demeurent fragmentées, peu standardisées et difficilement accessibles aux chercheurs. L'accès à de telles bases de données permettrait d'effectuer des analyses multivariées plus complexes afin d'explorer les associations entre les SVRAMT déployées dans les établissements et la prévalence des agressions observées.

Ensuite, la présente étude est demeurée ciblée sur le personnel infirmier d'urgence. Toutefois, bien que la prévalence et la vulnérabilité dans ce secteur soient importantes, la problématique des agressions en milieu de travail n'y est pas exclusive (Hassankhani et al., 2018; Sharifi et al., 2020; Wirth et al., 2021). Comme il a été décrit dans la problématique, il s'agit d'un enjeu généralisé et il serait pertinent de broser un portrait similaire dans d'autres secteurs d'activité et d'y inclure d'autres catégories de travailleurs.

Une autre avenue de recherche concerne les répercussions des agressions sur la relation soignant-soigné et sur la qualité des soins. Dans leur étude ethnographique, Wong et al. (2017) décrivent comment les agressions envers les travailleurs de la santé créent un paradoxe soignant-soigné où le soignant doit poursuivre l'administration de soins envers l'agresseur malgré l'agression subie. Atta et al. (2025) suggèrent que cette situation peut nuire à la qualité des soins et entraîner plusieurs autres conséquences sur l'expérience de soins. Bien que ce sujet ait été peu abordé dans le présent mémoire, il constitue néanmoins une préoccupation importante pour laquelle des travaux supplémentaires seraient

pertinents, particulièrement au regard de la forte prévalence des agressions rapportées par les répondantes.

Enfin, l'identification de SVRAMT peu implantées, mais perçues comme efficaces ouvre la voie à des recherches visant à mieux comprendre les facteurs facilitants et les barrières à leur déploiement, ainsi que les conditions organisationnelles nécessaires à leur efficacité réelle.

Concrètement, l'intérêt croissant pour l'évaluation rigoureuse des formations en prévention de la violence en milieu de travail se reflète dans des initiatives de recherche récentes, notamment un projet financé à l'Université du Québec en Outaouais visant à mesurer l'efficacité des formations offertes aux travailleurs de la santé. Ce type de recherche, combinant approches quantitatives et qualitatives, s'inscrit directement dans les besoins identifiés par la présente étude et illustre le potentiel de développement de connaissances appliquées susceptibles de soutenir des décisions organisationnelles fondées sur des données probantes.

### ***Politique***

Contrairement à la majorité des états américains, le droit canadien ne comporte pas actuellement de disposition législative visant spécifiquement à dissuader les agressions envers les travailleurs de la santé. Toutefois, le législateur dispose de la capacité d'intervenir en ce sens. À titre d'exemple, le gouvernement canadien a adopté en 2015 des modifications au Code criminel en ajoutant l'article 269.1 permettant de considérer

comme facteur aggravant toute agression envers un conducteur de transport en commun. Lors de la pandémie de COVID-19, l'ajout de l'article 423.2 en 2021 visait à protéger les travailleurs de la santé contre l'intimidation ou les menaces entravant l'accès à leur lieu de travail. Il serait souhaitable que les autorités politiques envisagent des ajouts législatifs permanents afin de renforcer la protection des travailleurs de la santé (Gouvernement du Canada, 2023).

Par ailleurs, les résultats de la présente étude suggèrent que les exigences légales et réglementaires constituent des leviers importants favorisant le déploiement des SVRAMT dans les établissements. Dans cette perspective, la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) ou encore les mécanismes d'agrément pourraient contribuer à renforcer les actions de prévention des agressions en milieu de travail. D'ailleurs, à la suite de l'adoption de la *loi 27 modernisant le régime de santé et de sécurité du travail* en 2021, les employeurs doivent prendre une série de mesures préventives afin d'assurer la sécurité physique et psychologique de leurs employés. Cette modification législative est entrée pleinement en vigueur à l'automne 2025, obligeant ainsi les employeurs à se doter d'une démarche structurée d'évaluation des risques intégrant notamment la reconnaissance des risques psychosociaux (Bélanger et Dalpé, 2026).

De plus, parmi les SVRAMT de niveau externe, les programmes sociaux soutenant les personnes vulnérables figurent parmi les stratégies jugées les plus efficaces pour

réduire la fréquence des agressions. Le déploiement et le maintien de ces programmes relèvent directement des décideurs politiques aux différents paliers gouvernementaux.

Enfin, il ne saurait être présumé que la réalité québécoise diffère fondamentalement de celle observée ailleurs. Les disparités importantes entre les milieux de soins peuvent plutôt être interprétées comme le reflet d'une absence de lignes directrices claires. Les instances politiques ont ainsi la responsabilité de clarifier les attentes à l'égard des établissements, afin de ne pas laisser l'entière responsabilité de la prévention des agressions reposer sur les seules initiatives locales.

En somme, la prévention des agressions en milieu de travail ne peut reposer uniquement sur les établissements ou les initiatives locales. Concrètement, les autorités politiques et gouvernementales ont la responsabilité de définir un cadre normatif clair, de prévoir des leviers législatifs et réglementaires adaptés, ainsi que d'assurer un financement cohérent permettant le déploiement des stratégies jugées efficaces. Les organismes de régulation et d'agrément ont, quant à eux, un rôle structurant à jouer pour traduire ces orientations en exigences opérationnelles applicables aux milieux de soins.

### **Limites de la recherche**

La présente étude comporte certaines limites qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Celles-ci concernent principalement le taux de réponse, le mode d'échantillonnage, la nature auto-rapportée des données ainsi que certaines contraintes liées à l'outil de collecte des données.

Tout d'abord, sur les 1999 questionnaires envoyés, 201 réponses valides ou partiellement valides ont été retenues pour les analyses, correspondant à un taux de réponse utilisable de 10 %. Bien que ce taux puisse paraître faible, il n'est pas atypique des enquêtes en ligne. L'Ecuyer et al. (2023) rapportent, dans une revue de 51 études, des taux de réponse variant de 3,4 % à 98 %, avec une moyenne de 42,46 % tout en soulignant que les questionnaires en ligne obtiennent généralement des taux de participation inférieurs à ceux des envois postaux et que les incitatifs ont un impact limité. Ces auteurs recommandent notamment de privilégier des questionnaires facilement accessibles, concis et portant sur des thématiques jugées pertinentes par la population cible. Dans la présente étude, la longueur du questionnaire pourrait avoir contribué à un certain décrochage (Kunz et Gummer, 2025), en particulier pour la section portant sur les SVRAMT de niveau organisationnel, qui a présenté un taux d'abandon de 29,3 %. Toutefois, compte tenu du caractère descriptif de l'étude et de l'objectif de brosser un portrait exploratoire, cette limite n'affecte pas la pertinence globale des résultats.

Le recours à un échantillonnage de convenance constitue une autre limite importante. Par définition, ce type d'échantillonnage ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population cible et peut mener à un biais d'auto-sélection (Gray et al., 2017). De plus, l'absence de données sociodémographiques spécifiques à la population des infirmières d'urgence, qui n'étaient pas disponibles auprès de l'OIIQ, n'a pas permis d'évaluer la représentativité de l'échantillon. Néanmoins, plusieurs résultats, notamment ceux relatifs à la prévalence des agressions, sont cohérents avec les données

rapportées dans la littérature scientifique, ce qui renforce la plausibilité des constats formulés.

Par ailleurs, l'ensemble des données recueillies repose sur des déclarations auto-rapportées. Ce mode de collecte des données peut introduire des biais, notamment un biais de désirabilité sociale ou des erreurs de rappel, pouvant entraîner une surestimation ou une sous-estimation de certaines réponses (Brenner et DeLamater, 2016). Ces biais sont inhérents aux études par questionnaire et doivent être considérés dans l'interprétation des résultats.

Certaines limites techniques liées à l'outil de collecte doivent également être soulignées. Une erreur de programmation a empêché la collecte des données concernant la présence de la stratégie « 10. Ne pas être seul », limitant ainsi l'analyse complète de cette SVRAMT. De plus, l'absence de l'option de réponse « je ne sais pas », suggérée lors du prétest, mais non intégrée dans l'ensemble du questionnaire en raison d'une contrainte technique, a pu influencer certaines réponses, particulièrement pour l'évaluation de l'efficacité de stratégies peu utilisées par les répondantes.

Enfin, par devis, l'étude excluait les infirmières en arrêt de travail ou ayant quitté le milieu de l'urgence depuis plus de six mois. Cette exclusion pourrait avoir limité la représentation de situations d'agressions physiques graves ayant entraîné des lésions permanentes, comme en témoigne le faible nombre de répondantes (n=8) rapportant ce type d'événement. De plus, une réponse indiquant la présence de lésions permanentes

quotidiennes suggère une possible incompréhension de la classification utilisée pour ce niveau de gravité.

Malgré ces limites, les visées descriptives de l'étude, l'absence d'inférences statistiques et la cohérence des résultats avec les écrits existants permettent de considérer que les constats et les recommandations formulées demeurent pertinents et utiles pour éclairer les pratiques, la gestion et les orientations futures en matière de réduction des agressions en milieu d'urgence.

### **Forces de la recherche**

La présente étude comporte plusieurs forces qui contribuent à la pertinence scientifique et pratique de ses résultats. Ces forces résident principalement dans le caractère inédit des données recueillies, l'ampleur du recensement des stratégies documentées et le potentiel analytique du corpus de données constitué.

Tout d'abord, l'une des principales forces de cette étude réside dans le portrait inédit qu'elle dresse de la prévalence des agressions dans les urgences québécoises. À notre connaissance, peu de données empiriques provinciales avaient, jusqu'à présent, permis de documenter avec autant de précision l'ampleur du phénomène dans ce contexte spécifique. Les résultats obtenus viennent ainsi combler un vide important dans les connaissances et offrent une base descriptive solide pour soutenir la réflexion clinique, organisationnelle et politique entourant la sécurité des infirmières en salle d'urgence.

Une autre force majeure de l'étude concerne le recensement exhaustif des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT). Alors que la littérature scientifique aborde souvent ces stratégies de façon fragmentée, la présente étude propose une synthèse structurée des SVRAMT documentées dans les écrits provenant de multiples régions du monde. Ce travail de recension approfondi a permis non seulement d'identifier un large éventail de stratégies, mais également de les organiser de manière cohérente à l'aide de cadres de référence reconnus. Cette approche contribue à une meilleure compréhension de la diversité et de la complexité des interventions susceptibles de réduire les agressions en milieu de soins.

De plus, l'étude se distingue par l'intégration de la perspective des infirmières œuvrant sur le terrain. En documentant simultanément la présence, l'utilisation et la perception d'efficacité des SVRAMT, elle offre un regard nuancé sur le décalage pouvant exister entre les stratégies formellement déployées et celles réellement mobilisées dans la pratique quotidienne. L'apport des réponses ouvertes a également permis de bonifier le recensement initial en mettant en lumière certaines stratégies émergentes ou moins documentées dans la littérature scientifique, renforçant ainsi la validité écologique des résultats.

Enfin, le volume important de données collectées constitue une force supplémentaire de cette étude. Ce corpus offre un potentiel intéressant pour la réalisation d'analyses secondaires futures, permettant, par exemple, d'explorer plus finement, les associations entre la perception de présence, d'utilisation et d'efficacité des SVRAMT et

la prévalence des agressions. Il serait également possible d'examiner plus en détail les disparités observées entre les milieux de travail ou d'analyser l'influence de certaines caractéristiques organisationnelles ou professionnelles sur l'adoption et l'efficacité perçue des stratégies. Ces pistes ouvrent la voie à des travaux ultérieurs susceptibles d'approfondir la compréhension du phénomène et de mieux orienter les interventions ciblées.

## **Conclusion**

La présente étude a permis de décrire les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) les plus et les moins présentes et utilisées dans les salles d'urgence de la province du Québec, ainsi que la perception qu'ont les infirmières de leur efficacité à réduire la fréquence et la gravité des agressions. Elle a également permis de documenter la prévalence des agressions vécues par les infirmières œuvrant en salle d'urgence, mettant en lumière l'ampleur et la persistance de ce phénomène dans les milieux de soins québécois.

Les résultats révèlent toutefois un constat central : plusieurs stratégies perçues comme efficaces par les infirmières demeurent peu présentes ou peu utilisées dans les salles d'urgence. Ce décalage entre l'efficacité perçue des SVRAMT et leur déploiement réel souligne l'existence d'obstacles organisationnels, structurels ou systémiques limitant l'implantation de certaines stratégies, malgré leur potentiel reconnu pour réduire les risques associés aux agressions.

Cette étude comporte des retombées importantes pour les domaines de la gestion et de la recherche en sciences infirmières. Pour les gestionnaires et les autorités gouvernementales, elle offre un portrait structuré des stratégies actuellement déployées dans les salles d'urgence québécoises et met en évidence des disparités entre les milieux. Ces constats permettent d'identifier des leviers d'action concrets et de soutenir une priorisation plus éclairée des interventions, en tenant compte à la fois des ressources disponibles et des stratégies perçues par les infirmières comme étant les plus efficaces.

Enfin, bien que les stratégies de niveau individuel soient largement mobilisées par les infirmières, elles demeurent limitées tant en nombre qu'en capacité d'agir sur les déterminants structurels des agressions. La réduction durable des risques associés aux agressions en milieu d'urgence ne peut donc reposer uniquement sur les individus. Elle nécessite un engagement soutenu des gestionnaires et des décideurs politiques, appelés à jouer un rôle de facilitateurs et de leaders dans la mise en place de milieux de travail plus sécuritaires pour les infirmières œuvrant au sein des urgences du Québec. En somme, la prévention des agressions en milieu d'urgence ne constitue pas uniquement un enjeu clinique, mais un impératif organisationnel et sociétal, nécessitant une transformation concertée des pratiques, des structures et des politiques.

## Références

## Références

- Agrément Canada. (2021). *Pratiques organisationnelles requises : Livret 2021*.
- AIIAO. (2019). *Prévention de la violence, du harcèlement et de l'intimidation contre les travailleurs de la santé* AIIAO. Repéré le 14 septembre 2020 à <https://rnao.ca/bpg/language/pr%C3%A9vention-de-la-violence-du-harc%C3%A8lement-et-de-l%E2%80%99intimidation-contre-les-travailleurs-d>
- Al-Qadi, M. M. (2020). Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International Emergency Nursing*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100905>
- Allen, M., Debanné, M., Lazignac, C., Adam, E., Dickinson, L. M., et Damsa, C. (2011). Effect of Nicotine Replacement Therapy on Agitation in Smokers With Schizophrenia: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry*, 168(4), 395-399. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040569>
- Alshahrani, M., Alfaisal, R., Alshahrani, K., Alotaibi, L., Alghoraibi, H., Alghamdi, E., Almusallam, L., Saffarini, Z., Alessa, S., Alwayel, F., Saffarini, L., Alrawdhan, A., Mapusao, C., Asonto, L. P., Alsulaibikh, A., et Aljumaan, M. (2021). Incidence and prevalence of violence toward health care workers in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12245-021-00394-1>
- AlShehri, A. (2020). A Systematic Review of Patient and Family Violent Behaviour in Saudi Arabian Emergency Units. *International Journal of Nursing Education*, 12(3), 66-71.
- Anderson, L., FitzGerald, M., et Luck, L. (2010). An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs*, 19(17-18), 2520-2530. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x>
- Arbury, S., Zankowski, D., Lipscomb, J., et Hodgson, M. (2017). Workplace Violence Training Programs for Health Care Workers: An Analysis of Program Elements. *Workplace Health et Safety*, 65(6), 266-272. <https://doi.org/10.1177/2165079916671534>
- Ashton, R. A., Morris, L., et 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>

ASSTSAS. (2024). *Programme Oméga Travailleurs*.

Atta, M. H. R., Elsayed, S. M., El-Gazar, H. E., Abdelhafez, N. G. E., et Zoromba, M. A. (2025). Role of violence exposure on altruistic behavior and grit among emergency nurses in rural hospitals. *International Nursing Review*, 72(1), e13086. <https://doi.org/10.1111/inr.13086>

Bagnasco, A., Catania, G., Pagnucci, N., Alvaro, R., Cicolini, G., Dal Molin, A., Lancia, L., Lusignani, M., Mecugni, D., Motta, P. C., Watson, R., Hayter, M., Timmins, F., Aleo, G., Napolitano, F., Signori, A., Zanini, M., Sasso, L., et Mazzoleni, B. (2024). Protective and risk factors of workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley etamp; Sons, Inc.)*, 33(12), 4748-4758. <https://doi.org/10.1111/jocn.17169>

Banjok, et Stewart-Pyne. (2018). Creating healthy workplaces: enabling clinical excellence. Dans *Transforming nursing through knowledge*. (pp. 69-92). Sigma Theta Tau International.

Bélangier, M.-G., & Dalpé, F. (2026). Loi 27 — L'essentiel à retenir pour les employeurs. *Carrefour RH*. <https://carrefourrh.org/ressources/rerelations-travail/2026/04/loi-27-essentiel-pour-employeurs>

Bonner, G., et McLaughlin, S. (2007). The psychological impact of aggression on nursing staff. *British Journal of Nursing*, 16(13), 810-814.

Brenner, et DeLamater. (2016). Lies, Damned Lies, and Survey Self-Reports? Identity as a Cause of Measurement Bias. *Soc Psychol Q*, 79(4), 333-354. <https://doi.org/10.1177/0190272516628298>

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press. <https://books.google.ca/books?id=OCmbzWka6xUC>

Brousseau, S. (2019). *Standards de pratique et compétences : Guide à l'intention des infirmières oeuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*. JFD.

Brunero, S., Dunn, S., et Lamont, S. (2021). Development and effectiveness of tabletop exercises in preparing health practitioners in violence prevention management: A sequential explanatory mixed methods study. *Nurse education today*, 103, 104976. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104976>

Burchill, C. N., Bena, J., et Polomano, R. C. (2018). Psychometric Testing of the Personal Workplace Safety Instrument for Emergency Nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 97-103. <https://doi.org/10.1111/wvn.12265>

- Buterakos, R., Keiser, M. M., Littler, S., et Turkelson, C. (2020). Report and Prevent: A Quality Improvement Project to Protect Nurses From Violence in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 46(3), 338. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.02.010>
- Cabilan, C., Johnston, A., et Eley, R. (2020). Engaging with nurses to develop an occupational violence risk assessment tool for use in emergency departments: A participatory action research inquiry. *International emergency nursing*, 52, 100856. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100856>
- Charrier, P., Buchet-Poyau, K., Delaroche-Gaudin, M., Douplat, M., Jacquin, L., Occelli, P., Fayard-Gonon, F., Potinet, V., Tazarourte, K. et Touzet, S. (2019). Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ? *Santé Publique*, 31(6), 797-807. <https://doi.org/10.3917/spub.196.0797>
- Chen, R., Ji, L., Jia, Q., Wang, H., Liu, L., Fan, K., et Fan, L. (2025). Workplace Violence in the Emergency Department: A Bibliometric Analysis. *J Emerg Nurs*, 51(5), 972-987. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2025.04.003>
- Choinière, R. (2025). *Lits d'hôpital, Québec, Canada et pays de l'OCDE*. Repéré le 7 décembre 2025 à <https://comparaisons-sante-quebec.ca/lits-dhopital/>
- CIUSSS-NIM. (2020). *Politique de fouilles et de saisies sécuritaires et exceptionnelles* [Politique locale].
- CNESST. (2017). *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail : 2012-2015* <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-255web.pdf>
- CNESST. (2021). *Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail : 2017-2020*. Repéré le 14 décembre 2021 à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/statistiques-violence-stress-harcelement-en-milieu>
- CNESST. (2025). *Statistiques sur les risques psychosociaux liés au travail : 2020-2024*. Repéré le 7 décembre 2025 à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/statistiques-risques-psychosociaux-travail.pdf?cid=1760972496>
- Cooper, A. L., et Brown, J. (2017). Maximising nurses' and midwives' response rates to surveys. *Nurse Res*, 25(3), 31-35. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1494>

- Copeland, D., et Henry, M. (2017). Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(2), 65-77. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000269>
- Corneau, M.-È., et Lauzier, M. (2025). Prévenir la violence au travail : la formation, une réponse incontournable? *Perspective infirmière*, 22(4), 44-51. <https://www.oiiq.org/documents/20147/86171024/OIIQ-PI-vol22-no4-Aut-2025.pdf#page=44>
- Cortin, V., Laplante, L., et Dionne, M. (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*. (pp. 87) Institut national de santé publique du Québec. Repéré le 12 octobre 2023 à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106\\_gestion\\_risques\\_sante\\_publique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2106_gestion_risques_sante_publique.pdf)
- CVAPSU. (2022). *Communauté virtuelle d'apprentissage et de pratique en soins d'urgence du Québec : Fouille*. Repéré le 16 octobre 2025 à [https://msss365.sharepoint.com/teams/CdP\\_soinsurgence/\\_layouts/15/search.aspx/siteall?q=fouille](https://msss365.sharepoint.com/teams/CdP_soinsurgence/_layouts/15/search.aspx/siteall?q=fouille)
- Davey, K., Ravishankar, V., Mehta, N., Ahluwalia, T., Blanchard, J., Smith, J., et Douglass, K. (2020). A qualitative study of workplace violence among healthcare providers in emergency departments in India. *International Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00290-0>
- Davids, J., Murphy, M., Moore, N., Wand, T., et Brown, M. (2021). Exploring staff experiences: A case for redesigning the response to aggression and violence in the emergency department. *International emergency nursing*, 57, 101017. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101017>
- DeVellis, R. F., et Thorpe, C. T. (2022). *Scale development : theory and applications* (Fifth edition). SAGE.
- Drennan, J., et Hyde, A. (2008). Controlling response shift bias: the use of the retrospective pre-test design in the evaluation of a master's programme. *Assessment et Evaluation in Higher Education*, 33(6), 699-709. <https://doi.org/10.1080/02602930701773026>
- Duchscher, J. B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450

- Dupuis, R., Lamoureux, J., et Bastien, J. (2022). Le programme de formation Oméga. *Objectif prévention*, 45(3). <https://espacedoc.asstsas.qc.ca/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=558978c595367c001935514383b7a64c>
- Edward, K.-l., Ousey, K., Warelou, P., et Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653-659. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.12.653>
- Emam, G. H., Alimohammadi, H., Sadrabad, A. Z., et Hatamabadi, H. (2018). Workplace Violence against Residents in Emergency Department and Reasons for not Reporting Them; a Cross Sectional Study. *Emergency*, 6(1), 1-7. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccmetAN=129645065&lang=frets&site=ehost-live>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2017). *Enough is Enough: Safe Workplaces for All*. Canadian Federation of Nurses Unions. Repéré le 2 septembre 2022 à [https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU\\_Enough-is-Enough\\_June1\\_FINALlow.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf)
- Fortier, L. (2019, 11 avril 2019). « *Flagging* » des patients agressifs : Ce qu'il faut pour réussir. L'infirmière d'urgence, d'aujourd'hui à demain; une traversée de défis, Sherbrooke.
- Fortier, L. (2021). La prévention de la violence en centre hospitalier. *Objectif prévention*, 4(44), 19-21.
- Fortin, M.-F., et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e édition.). Chenelière éducation.
- Garg, N., Garg, R., Sharma, D. K., Gupta, S. K., et Dudeja, P. (2020). Violence against health care workforce in COVID and non COVID times: Analysis of predisposing factors. *Indian Journal of Community Health*, 32(4), 659-664. <https://doi.org/10.47203/IJCH.2020.v32i04.009>
- Gillespie, G., Gates, D., et Fisher, B. (2014). Individual, relationship, workplace, and Societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work (Reading, Mass.)*, 51. <https://doi.org/10.3233/WOR-141890>

- Gillespie, G., Gates, D. M., Mentzel, T., Al-Natour, A., et Kowalenko, T. (2013). Evaluation of a comprehensive ED violence prevention program. *J Emerg Nurs*, 39(4), 376-383. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.12.010>
- González-González, G., Rebolledo-Ríos, D., Osorio-Spuler, X., Rudner, N., et Peña-Barra, C. (2025). Violence Against Nurses: Personal and Institutional Coping Strategies-A Scoping Review. *Behav Sci (Basel)*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/bs15091166>
- Gentile, D., et Boily, D. (2026a). Violences au CHUM : 900 expulsions en 2025. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2220427/violences-chum-expulsions-securite-hopital>
- Gentile, D., et Boily, D. (2026b). Des détecteurs de métaux pour entrer à l'urgence de Notre-Dame. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/tele/le-telejournal-18h/site/segments/reportage/2269167/hopital-sante-notre-dame-protection-urgence>
- Code criminel*, 2023,règlement n° ch. C-46,
- Charte des droits et libertés de la personne*, G. d. Québec, 2021, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-12.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2024). *À propos - Dossier santé numérique*. Repéré le 26 août 2024 à <https://dsn.ciussnordmtl.ca/a-propos/>
- Gray, J., et Grove, S. K. (2020). *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research - Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.ca/books?id=HmbyDwAAQBAJ>
- Gray, J., Grove, S. K., Sutherland, S., et Burns, N. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (Edition 8.). Elsevier.
- Grinspun, D., et Banjok, I. (2018). *Transforming Nursing Through Knowledge - Best Practices for Guideline Development, Implementation Science, and Evaluation*. RNAO.
- Grix, J. (2018). *The foundations of research*. Macmillan International Higher Education.
- Groupe en éthique de la recherche. (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains : Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*. Repéré le 3 avril 2022 à <http://eptc2fer.ca/welcome>

- Hallett, N., et Dickens, G. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *Int J Ment Health Nurs*, 24(4), 324-333. <https://doi.org/10.1111/inm.12136>
- Hassankhani, Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A., et Mohammadi, E. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 39, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.007>
- Hsu, M.-C., Chou, M.-H., et Ouyang, W.-C. (2022). Dilemmas and Repercussions of Workplace Violence against Emergency Nurses: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052661>
- Ilarda, E., Senz, A., Tynan, A., et McIlveen, P. (2024). Risk factors for violence in an emergency department: Nurses' perspectives. *Emergency Medicine Australasia*, 36(3), 459-465. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.14388>
- INESSS. (2024). *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux*. MSSS.
- INSPQ. (2018). *Pistes visant à soutenir une couverture adéquate des tueries de masse*. <https://www.inspq.qc.ca/tueries-de-masse-et-traitement-mediatique/pistes-visant-soutenir-une-couverture-adequate-des-tueries-de-masse>
- Jacob, D., Jacob, B., Jacob, E., et Jacob, A. (2025). Effectiveness of Environmental Design Interventions to Reduce Aggression and Violence in Emergency Departments: A Scoping Review. *HERD: Health Environments Research et Design Journal*, 18(4), 26-42. <https://doi.org/10.1177/19375867251351027>
- Jamouille, M., Resnick, M., Grosjean, J., Ittoo, A., Cardillo, E., Vander Stichele, R., Darmoni, S., et Vanmeerbeek, M. (2018). Development, dissemination, and applications of a new terminological resource, the Q-Code taxonomy for professional aspects of general practice/family medicine. *European Journal of General Practice*, 24(1), 68-73. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1404986>
- Jia, H., Fang, H., Chen, R., Jiao, M., Wei, L., Zhang, G., Li, Y., Wang, Y., Wang, Y., Jiang, K., Li, J., Jia, X., Ismael, O. Y., Mao, J., et Wu, Q. (2020). Workplace violence against healthcare professionals in a multiethnic area: a cross-sectional study in southwest China. *BMJ open*, 10(9), e037464-e037464. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037464>
- Kaartinen, S., Aaltonen, S., Korhonen, T., Rottensteiner, M., Kujala, U. M., et Kaprio, J. (2020). Cross-sectional associations between the diversity of sport activities and

- the type of low back pain in adulthood. *European Journal of Sport Science*, 20(9), 1277-1287. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1706642>
- Kalballi, R., Jouybari, L., Derakhshanpour, F., Vakili, M. A., et Sanagoo, A. (2018). Impact of anger management training on controlling perceived violence and aggression of nurses in emergency departments. *Journal of Nursing et Midwifery Sciences*, 5(3), 89-94. [https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS\\_46\\_18](https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_46_18)
- Koller, L. (2016). It Could Never Happen Here: Promoting Violence Prevention Education for Emergency Department Nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(8), 356-360. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160715-06>
- Krug, E., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., et Lozano, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. (pp. 1-21) Organisation mondiale de la santé.
- Krull, W., Gusenius, T. M., Germain, D., et Schnepfer, L. (2019). Staff Perception of Interprofessional Simulation for Verbal De-escalation and Restraint Application to Mitigate Violent Patient Behaviors in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing*, 45(1), 24-30. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001>
- Kumari, Kaur, Ranjan, Chopra, Sarkar, et Baitha. (2020). Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of postgraduate medicine*, 66(3), 149-154. [https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM\\_96\\_20](https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20)
- Kunz, T., et Gummer, T. (2025). Effects of objective and perceived burden on response quality in web surveys. *International Journal of Social Research Methodology*, 28(4), 385-395. <https://doi.org/10.1080/13645579.2024.2393795>
- L'Ecuyer, K., Subramaniam, D. S., Swope, C., et Lach, H. W. (2023). An Integrative Review of Response Rates in Nursing Research Utilizing Online Surveys. *Nurs Res*, 72(6), 471-480. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000690>
- Lebel, G. (2015). Traumatisme vicariant ou fatigue de compassion : Méfiez-vous ! *Perspective infirmière*, 12(2), 32-34.
- Luck, L., Jackson, D., et Usher, K. (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 11-19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x>
- Maccarone, D., Boles, J. M., Archer, A., Brown, B. A., Weldeab, N., Chittams, J., Ballinghoff, J., Mazzone, L., Cacchione, P. Z., et Burchill, C. N. (2025). Developing and Testing a Multimodal Intervention to Decrease Violence and

- Increase Perceptions of Safety in the Emergency Department: A Longitudinal Study. *J Emerg Nurs*, 51(4), 749-759. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2025.01.011>
- Mesures d'urgence et sécurité civile. (2024). *Rapport d'implantation du projet d'agent mobile d'intervention (A.M.I.)*. [Rapport inédit]. CIUSSS Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- MSSS. (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- MSSS. (2022a). *Guide de gestion des urgences*. Repéré le 19 avril 2022 à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-de-gestion-des-urgences/>
- MSSS. (2022b). *PowerBI TdB ministériels* [Rapport inédit].
- Nadeau, P.-O. (2026). Les détecteurs de métal aux urgences sont « un bon début », disent les syndicats. *Radio-Canada*. Repéré le 26 janvier 2026 à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2222353/detecteur-metal-syndicat-urgence-violence>
- Nal, E. (2016). Une forme particulière de violence : l'agressivité. *Tiers*, 17(2), 33-45. [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=TIERS\\_017\\_0033](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TIERS_017_0033)
- Nasir, M. (2024). Knowledge Of Workplace Violence Against Nurses In The Emergency Department Of Public Sector Tertiary Care Hospitals In Peshawar, Pakistan. *i-Manager's Journal on Nursing*, 14(2), 5-14. <https://doi.org/10.26634/jnur.14.2.20924>
- Nazon, E., et Perron, A. (2014). Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 116(1), 6-12. <https://doi.org/10.3917/rsi.116.0006>
- Nelson, S., et Baumann, A. (2021). Not Part of the Job: An Analysis of Characterizations of Workplace Violence against Nurses in Canada by Unions and Professional Associations. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 34(1), 45-59. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26455>
- O'Brien-Pallas, et Baumann. (1992). Quality of nursing worklife issues--a unifying framework. *Can J Nurs Adm*, 5(2), 12-16.
- OIIQ. (2023). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2022-23*. <https://www.oiiq.org/rapport-statistique-sur-l-effectif-infirmier-et-la-releve-infirmiere-du-quebec-2022-2023>

- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. Organisation mondiale de la santé. Repéré le 18 mars 2022 à [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms\\_108542.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_108542.pdf)
- OSHA. (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>
- Ouellet, J., Maillé, M., Durand, S., et Thibault, C. (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : Norme professionnelle*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/la-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec-norme-professionnelle>
- Ouellet, J., Maillé, M., Durand, S., et Thibault, C. (2011b). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec : Document d'orientation*. OIIQ. <https://www.oiiq.org/vers-une-culture-de-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec-document-d-orientation>
- Paliwal, N., Bihani, P., Jaju, R., Mohammed, S., Sinha, S., et Vyas, A. (2025). Prevalence, Pattern, Perpetrators, and Probable Mitigation Strategies for Workplace Violence Targeting Doctors in India: A Cross-Sectional Survey. *Indian Journal of Occupational etamp; Environmental Medicine*, 29(2), 118-123. [https://doi.org/10.4103/ijoem.ijoem\\_257\\_24](https://doi.org/10.4103/ijoem.ijoem_257_24)
- Park, J. E., et Song, M. R. (2023). Effects of Emergency Nurses' Experiences of Violence, Resilience, and Nursing Work Environment on Turnover Intention: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Emergency Nursing*, 49(3), 461-469. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.10.001>
- Pascarella, G., Rossi, M., Montella, E., Capasso, A., De Feo, G., Botti, G., Nardone, A., Montuori, P., Triassi, M., D'Auria, S., et Morabito, A. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy*, 14, 2897-2911. <https://doi.org/10.2147/rmhp.S309098>
- Pelletier, C., et Pagé, G. (2002). Les critères de rigueur scientifiques en recherche. *Recherche en soins infirmiers*, N° 68(1), 35-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.068.0035>
- Pépin, J. (2008). L'évolution du savoir infirmier au Québec. Dans *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 72-86). Gaetan-Morin.
- Pépin, J., Ducharme, F., et Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation.

- Phillips, J. (2016). Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med*, 374(17), 1661-1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>
- Plaidoyer pour une loi sur les ratios en santé.* (2022). Repéré le 16 octobre 2025 à <https://ratiosensante.org/>
- Polit, D. F., et Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth edition.). Wolters Kluwer.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, (2021). *Convention collective nationale.*
- Ramacciati, N., et Giusti, G. D. (2020). Workplace violence in emergency departments: The health professionals and security personnel alliance. *Emergency Medicine Australasia*, 32(6), 1074-1076. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13608>
- Ramacciati, N., et Morales Palomares, S. (2025). Violence towards emergency nurses: an update of a narrative review of theories and frameworks. *Int Emerg Nurs*, 82, 101661. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2025.101661>
- Reißmann, S., Wirth, T., Beringer, V., Groneberg, D. A., Nienhaus, A., Harth, V., et Mache, S. (2023). "I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in German emergency departments - a qualitative study. *BMC health services research*, 23(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z>
- Rigas, N., Kyritsis, Z., Dagla, M., Soldatou, A., Orovou, E., Tzitiridou-Chatzopoulou, M., Eskitzis, P., et Antoniou, E. (2024). Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms among Pediatric Healthcare Workers. *Nursing Reports*, 14(1), 115-127. <https://doi.org/10.3390/nursrep14010010>
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge : science, practice, and philosophy.* Wiley-Blackwell.
- Robinson, S. B., et Leonard, K. F. (2024). *Designing quality survey questions.* Sage publications.
- Roy, Maillé, et Langlois. (2025). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers.* (4e édition Éd.) Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Roy, et Robichaud. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, N° 127(4), 82-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0082>

- Saint-Arnaud, J. (2019). *Repères éthiques pour les professions de la santé*. Liber.
- Scallan, R., Speciale, A., Kasen, K. E. M., Martin, D., Byon, H. D., et Quatrara, B. A. (2024). A Quality Improvement Project to Enhance Emergency Nurse Workplace Violence Reporting. *Journal of Emergency Nursing*, 50(5), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2024.07.001>
- Schablon, Kersten, Nienhaus, Kottkamp, Schnieder, Ullrich, Schäfer, Ritzenhöfer, Peters, et Wirth. (2022). Risk of Burnout among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives. *Int J Environ Res Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19094945>
- Senz, A., Ilarda, E., Klim, S., et Kelly, A. M. (2021). Development, implementation and evaluation of a process to recognise and reduce aggression and violence in an Australian emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 33(4), 665-671. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13702>
- Shaikh, S., Shahzad, H., Khan, M., Baig, L., Jamali, S., Hashmi, I., Hussain, A., Qadri, U., Mazharullah, L., et Zaib, S. (2022). Effect of low-cost interventions to reduce the incidence of violent events in two public sector tertiary-care emergency departments, Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 28(2), 144-151. <https://doi.org/10.26719/emhj.22.026>
- Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R., et Valiee, S. (2020). Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *International Emergency Nursing*, 50, 100813. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100813>
- Small Arms Survey. (2018). *Global Firearms Holdings*. Repéré le 26 août 2024 à <https://www.smallarmssurvey.org/database/global-firearms-holdings>
- Souli, I., Vandyk, A., Versailles, D., Marcoux, I., Salvador, A., Peterson, W.-E., Hu, J. et Stacey, D. (2018). Les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions du personnel soignant. *Recherche en soins infirmiers*, 133(2), 45-57. <https://doi.org/10.3917/e.rsi.133.0045>
- Tabachnick, B. G., et Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics*. Pearson.
- Tessier, W. (2024, 8 juin). *La rétention des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : choc de transition, taux de roulement et solutions potentielles*. Congrès

de l'AIUQ, Thetford Mines. <https://aiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2024/06/8-juin-10h00-WilliamTessier.pdf>

- Urgence Santé (2024) *Mise à jour des cas spécifiques et d'appartenance : Applicable à l'entente de répartition des transports ambulanciers entre les salles d'urgence des centres hospitaliers des régions de Montréal et de Laval.*
- U.S. National Library of Medicine. (2026). *Medical subject headings*. Repéré le 8 juin 2026 à <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
- Weaver, K., et Olson, J. K. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of advanced nursing*, 53(4), 459.
- Whalen, M., Bradley, M., Hanson, G. C., Maliszewski, B., et Pandian, V. (2024). Exploring perceptions of reporting violence against healthcare workers in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 76, 101500. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2024.101500>
- Whitman, E. (2016). Frequent violence in the ED doesn't have to be part of the job. *Modern Healthcare*, 46(39), 28-28.
- Wilkes, L., Mohan, S., Luck, L., et Jackson, D. (2010). Development of a violence tool in the emergency hospital setting. *Nurse researcher*, 17(4), 70. <https://doi.org/10.7748/nr2010.07.17.4.70.c7926>
- Wirth, T., Peters, C., Nienhaus, A., et Schablon, A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168459>
- Wong, A. H.-W., Combellick, J., Wispelwey, B. A., Squires, A., et Gang, M. (2017). The Patient Care Paradox: An Interprofessional Qualitative Study of Agitated Patient Care in the Emergency Department. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(2), 226-235. <https://doi.org/10.1111/acem.13117>
- Wong, A. H.-W., Ruppel, H., Crispino, L. J., Rosenberg, A., Iennaco, J. D., et Vaca, F. E. (2018). Deriving a Framework for a Systems Approach to Agitated Patient Care in the Emergency Department. *Joint Commission journal on quality and patient safety*, 44(5), 279-292. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.11.011>
- Zamani, Z. (2019). Effects of Emergency Department Physical Design Elements on Security, Wayfinding, Visibility, Privacy, and Efficiency and Its Implications on

Staff Satisfaction and Performance. *HERD*, 12(3), 72-88.  
<https://doi.org/10.1177/1937586718800482>

## **Appendices**

## **Appendice A : Catégorisation des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail issus de la recension des écrits**

### **Éléments professionnels**

Facteurs individuels de l'infirmière

- 1) la connaissance du plan de sortie sécuritaire, autrement dit comprendre par où fuir en cas de menace
- 2) porter des vêtements sécuritaires (cordelette à déclenchement, pas de grosses boucles d'oreille, etc.)

Facteurs professionnels et organisationnels

- 1) l'examen systématique des événements en équipe multidisciplinaire
- 2) La disponibilité de personnel spécialisé en santé mentale
- 3) la possibilité de faire appel à des agents de sécurité
- 4) l'utilisation de matériel standardisé

Facteurs professionnels externes

- 1) établir des liens avec les corps policiers pour gérer les plaintes et les assauts
- 2) la nature de la couverture médiatique (positive ou négative)

### **Éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels**

Facteurs de demande de travail cognitifs, psychologiques et sociaux

- 1) la capacité à mettre en œuvre des techniques de désescalade lors de situations avec un usager agressif
- 2) les bonnes aptitudes de
- 3) la documentation des agressions
- 4) la consultation des antécédents
- 5) l'utilisation précoce d'un outil validé d'évaluation du risque
- 6) les techniques de désescalade et de communication

Facteurs sociaux organisationnels

- 1) Afficher clairement qu'aucune agression n'est tolérée ou tolérance zéro
- 2) le port de carte d'identité
- 3) système performant de gestion des plaintes
- 4) Le soutien des gestionnaires
- 5) la réduction des temps d'attente
- 6) la mise en place de systèmes permettant une documentation d'agressions, une consultation des antécédents
- 7) Système afin de recenser et suivre la quantité et le type d'agression dans ses installations
- 8) Ratios soignants/soignés élevés
- 9) Le nombre restreint de visiteurs ainsi que des heures de visites s'inscrit aussi dans ces
- 10) effectuer systématiquement du débriefage entre professionnels lorsqu'une agression [issue de la littérature grise]

Facteurs socioculturels externes

- 1) les programmes sociaux et spécialisés visant les populations vulnérables (itinérantes et toxicomanes)
- 2) refuser que de subir des agressions violentes fasse partie des risques normaux du travail

### **Éléments de politique physiques et structurels**

#### Facteurs de demande d'effort physique

- 1) l'intervention précoce en cas d'escalade d'agressivité
- 2) le maintien d'une distance sécuritaire
- 3) le dégagement sécuritaire individuel
- 4) s'assurer que les objets pouvant servir d'arme sont hors de la portée

#### Facteurs physiques organisationnels

- 1) la présence d'employés formés ou d'agents de sécurité en nombre suffisant en tout temps
- 2) l'éclairage est adéquat
- 3) des caméras de surveillance en circuit fermé sont en place
- 4) diviser les espaces d'attente afin de réduire l'agitation
- 5) l'installation de boutons panique
- 6) le contrôle d'accès et la restriction d'accès aux espaces de soins
- 7) la conception des lieux physiques afin de réduire les espaces sans surveillance avec l'utilisation de miroirs convexes et de fenêtres
- 8) de s'assurer que les salles disposent toutes d'au moins deux sorties afin de permettre la fuite
- 9) l'accès à une salle de désescalade qui permet de réduire les stimuli susceptibles d'aggraver la crise chez les usagers agressifs ou désorganisés
- 10) l'aménagement d'espace d'attente confortable réduirait les
- 11) rendre disponible et utiliser un détecteur de métal
- 12) l'organisation doit aussi s'assurer que les usagers agressifs puissent être traités et évalués dans des emplacements sécuritaires, idéalement ouverts, tout en respectant la confidentialité
- 13) Standardisation de l'équipement de mesures de contrôle (contentions) [issue de la littérature grise]
- 14) S'assurer que les objets pouvant être fixés le soient [issue de la littérature grise]
- 15) rendre disponibles des salles sécurisées (safe room) pouvant être utilisées par le personnel en cas d'agression grave (telle qu'un tireur actif) [issue de la littérature grise]

#### Facteurs de politique externe

- 1) Support des politiciens envers les travailleurs de la santé
- 2) Le caractère punitif ou aggravant de la loi







### **Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique**

Titre du protocole : **La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises**

Numéro(s) de projet : **2023-2512**

Formulaire : **F9-12681**

Identifiant Nagano : **MSI-Lepitre**

Date de dépôt initial du formulaire :  
**2023-11-28**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Mathieu Lepitre**

Date de dépôt final du formulaire : **2023-11-28**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-12-19**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

#### Suivi du BCER

1.

*OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE*

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:*

2024-12-19

**RENOUVELLEMENT ANNUEL:** Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

**MODIFICATION:** Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

**FIN DE PROJET:** Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

*La demande a été traitée par :*

Caroline Tardif

**date de traitement:**

2023-11-29

### Section A: Identification

1. **Indiquez le titre complet du projet de recherche.**

La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

2. **Indiquez le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO.**

*Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?*

Lepitre, Mathieu

- 
3. **Y a-t-il des cochercheur(e)s, collaborateurs(trices) ou partenaires dans votre équipe de recherche?**

Non

---

4. **Sélectionnez le statut du (de la) chercheur(e) principal(e) à l'UQO.**

*Le (la) chercheur(e) principal(e) est :*

Étudiant(e) de 2e cycle

#### Section B: Directeur(s)

1. **Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

Longpré, Caroline

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

St-Pierre, Isabelle

#### Section C: Déroulement des travaux

1. **Précisez le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

- La collecte de données débutera dans les 12 prochains mois.  
 La collecte de données débutera dans plus d'une année.  
 La collecte de données est en cours.  
 La collecte de données est terminée.  
 Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.
- 

2. **Des participant(e)s se sont-ils/elles retiré(e)s du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?**

Non

---

3. **Des participant(e)s ont-ils/elles subi des effets indésirables ou des inconvénients pendant le projet?**

Non

---

4. **Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité des participant(e)s a été compromise?**  
Non

---

5. **Avez-vous rencontré d'autres difficultés lors du projet au cours de la dernière année?**  
Non

**Validation fin de projet**

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**  
Non

**Section D: Financement**

1. **Veillez indiquer la ou les sources de financement du projet**

- Aucun financement
- FRQNT
- FRQSC
- FRQS
- MITACS
- CRSH
- CRSNG
- IRSC
- Chaire institutionnelle
- Démarrage de projet
- Dépannage
- Contribution institutionnelle (regroupement)
- Équipes
- Fonds de recherche (cours en appoint)
- Fonds de recherche (DFCP)
- Centre de recherche
- Autre ministère ou organisme fédéral
- Autre ministère ou organisme provincial
- Autre

2. **Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

**Section E: Modifications au projet**

1. **Au cours de la dernière année, votre projet de recherche s'est-il déroulé conformément à l'approbation éthique initiale ou aux modifications préalablement apportées et approuvées par le CER?**

Oui

2. **Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

Non

#### Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a été évalué par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO, veuillez déposer le document attestant que le certificat d'éthique a été renouvelé par cet autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc.).**

#### Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

*IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).*

**AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.**

*Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :*

Professeur(e) :  
Caroline Longpré  
2023-11-20 08:34



### Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises**

Numéro(s) de projet : **2023-2512**

Formulaire : **F9-15155**

Identifiant Nagano : **MSI-Lepitre**

Date de dépôt initial du formulaire :  
**2024-11-20**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Mathieu Lepitre**

Date de dépôt final du formulaire : **2024-11-20**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-12-19**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

#### Suivi du BCER

1.

*OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE*

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:*

2025-12-19

**RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.**

**MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.**

**FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.**

3.

*La demande a été traitée par :*

Caroline Tardif

**date de traitement:**

2024-11-20

### Section A: Identification

1. **Indiquez le titre complet du projet de recherche.**

La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

2. **Indiquez le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO.**

*Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?*

Lepitre, Mathieu

- 
3. **Y a-t-il des cochercheur(e)s, collaborateurs(trices) ou partenaires dans votre équipe de recherche?**

Non

- 
4. **Sélectionnez le statut du (de la) chercheur(e) principal(e) à l'UQO.**

*Le (la) chercheur(e) principal(e) est :*

Étudiant(e) de 2e cycle

#### Section B: Directeur(s)

1. **Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

Longpré, Caroline

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

St-Pierre, Isabelle

#### Section C: Déroulement des travaux

1. **Précisez le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

- La collecte de données débutera dans les 12 prochains mois.  
 La collecte de données débutera dans plus d'une année.  
 La collecte de données est en cours.  
 La collecte de données est terminée.  
 Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Des participant(e)s se sont-ils/elles retiré(e)s du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?**

Non

3. **Des participant(e)s ont-ils/elles subi des effets indésirables ou des inconvénients pendant le projet?**

Non

---

4. **Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité des participant(e)s a été compromise?**  
Non

---

5. **Avez-vous rencontré d'autres difficultés lors du projet au cours de la dernière année?**  
Non

**Validation fin de projet**

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**  
Non

**Section D: Financement**

1. **Veillez indiquer la ou les sources de financement du projet**

- Aucun financement
- FRQNT
- FRQSC
- FRQS
- MITACS
- CRSH
- CRSNG
- IRSC
- Chaire institutionnelle
- Démarrage de projet
- Dépannage
- Contribution institutionnelle (regroupement)
- Équipes
- Fonds de recherche (cours en appoint)
- Fonds de recherche (DFCP)
- Centre de recherche
- Autre ministère ou organisme fédéral
- Autre ministère ou organisme provincial
- Autre

2. **Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

**Section E: Modifications au projet**

1. **Au cours de la dernière année, votre projet de recherche s'est-il déroulé conformément à l'approbation éthique initiale ou aux modifications préalablement apportées et approuvées par le CER?**

Oui

2. **Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

Non

#### Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a été évalué par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO, veuillez déposer le document attestant que le certificat d'éthique a été renouvelé par cet autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc.).**

#### Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

*IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).*

**AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.**

*Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :*

Professeur(e) :  
Caroline Longpré  
2024-11-19 09:11



### **Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique**

Titre du protocole : **La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises**

Numéro(s) de projet : **2023-2512**

Formulaire : **F9-17699**

Identifiant Nagano : **MSI-Lepitre**

Date de dépôt initial du formulaire :  
**2025-11-18**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Mathieu Lepitre**

Date de dépôt final du formulaire : **2025-11-18**

Date d'approbation du projet par le CER : **2022-12-19**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

#### Suivi du BCER

1.

*OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE*

2.

*Statut de la demande:*

Demande approuvée

**À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.**

*Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:*

2026-12-19

**RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.**

**MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.**

**FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.**

3.

*La demande a été traitée par :*

Caroline Tardif

**date de traitement:**

2025-11-19

### Section A: Identification

1. **Indiquez le titre complet du projet de recherche.**

La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

2. **Indiquez le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO.**

*Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?*

Lepitre, Mathieu

- 
3. **Y a-t-il des cochercheur(e)s, collaborateurs(trices) ou partenaires dans votre équipe de recherche?**

Non

- 
4. **Sélectionnez le statut du (de la) chercheur(e) principal(e) à l'UQO.**

*Le (la) chercheur(e) principal(e) est :*

Étudiant(e) de 2e cycle

#### Section B: Directeur(s)

1. **Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

Longpré, Caroline

*Saisir les premières lettres du nom d'abord*

St-Pierre, Isabelle

#### Section C: Déroulement des travaux

1. **Précisez le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

- La collecte de données débutera dans les 12 prochains mois.  
 La collecte de données débutera dans plus d'une année.  
 La collecte de données est en cours.  
 La collecte de données est terminée.  
 Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Des participant(e)s se sont-ils/elles retiré(e)s du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?**

Non

3. **Des participant(e)s ont-ils/elles subi des effets indésirables ou des inconforts pendant le projet?**

Non

---

4. **Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité des participant(e)s a été compromise?**

Non

---

5. **Avez-vous rencontré d'autres difficultés lors du projet au cours de la dernière année?**

Non

---

**Validation fin de projet**

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**

Non

---

**Section D: Financement**

1. **Veillez indiquer la ou les sources de financement du projet**

- Aucun financement
- FRQNT
- FRQSC
- FRQS
- MITACS
- CRSH
- CRSNG
- IRSC
- Chaire institutionnelle
- Démarrage de projet
- Dépannage
- Contribution institutionnelle (regroupement)
- Équipes
- Fonds de recherche (cours en appoint)
- Fonds de recherche (DFCP)
- Centre de recherche
- Autre ministère ou organisme fédéral
- Autre ministère ou organisme provincial
- Autre

---

2. **Veillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

---

**Section E: Modifications au projet**

1. **Au cours de la dernière année, votre projet de recherche s'est-il déroulé conformément à l'approbation éthique initiale ou aux modifications préalablement apportées et approuvées par le CER?**

Oui

2. **Veillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

Non

#### Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a été évalué par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO, veuillez déposer le document attestant que le certificat d'éthique a été renouvelé par cet autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc.).**

#### Section H: signature du directeur/ codirecteur(s)

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

*IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).*

**AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.**

*Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :*

Professeur(e) :  
Caroline Longpré  
2025-11-18 14:11

## Appendice C : Courriel de recrutement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
uqo.ca  
Comité d'éthique de la recherche

### Experts recherchés

Nous sommes présentement à la recherche d'experts, pour prendre part à un projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières s'intitulant « *La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises* ». Le but du projet est de dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies. Vous avez été contactés car vous avez une expertise spécifique au sujet d'étude.

Ce projet est mené par Mathieu Lepitre, étudiant à la maîtrise au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et est supervisé par Caroline Longpré, PhD et Isabelle St-Pierre, PhD professeurs au département des sciences infirmières de l'UQO.

Votre implication implique de vous prononcer sur la pertinence et la clarté des énoncés composant le questionnaire de l'étude à travers une rencontre virtuelle d'une durée estimée à 2h. Selon les corrections à apporter, il est possible qu'une rencontre de suivi soit requise.

Pour participer au projet de recherche, vous pouvez répondre à l'étudiant chercheur aux coordonnées suivantes en joignant le formulaire de consentement.

Merci de l'attention que vous portez à ce courriel, votre expertise est précieuse.

Pour en savoir plus, veuillez contacter :

Mathieu Lepitre





Nous sommes présentement à la recherche de participants pour tester le questionnaire d'un projet de recherche s'intitulant « *La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises* ». Les participants que nous recherchons doivent :

- Être infirmière
- Effectuer au moins 50% de leur travail dans une urgence
- Avoir plus de 6 mois d'expérience à l'urgence
- Être dûment inscrit du tableau de leur ordre professionnel
- Avoir consenti préalablement à être contactées pour des projets de recherche à travers leur déclaration annuelle.
- Lire et comprendre le français.

Ne doivent pas :

- Être en arrêt de travail (congé de maladie, de maternité, etc.) depuis plus de 6 mois.
- Être retraité depuis plus de 6 mois.

Ce projet est mené par Mathieu Lepitre, étudiant à la maîtrise au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) et est supervisé par Caroline Longpré, PhD et Isabelle St-Pierre, PhD professeurs au département des sciences infirmières de l'UQO.

Le but du projet est Le but de l'étude sera de dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies. Votre participation implique de compléter un questionnaire d'environ 30 minutes et d'émettre vos commentaires sur la clarté des énoncés et la durée totale réelle de complétion.

Pour participer au projet de recherche, vous devez retourner le formulaire de consentement joint signé à l'étudiant chercheur aux coordonnées ci-dessous.

Pour en savoir plus, veuillez contacter :

Mathieu Lepitre





## Infirmières d'urgence recherchées

Nous sommes présentement à la recherche de participantes\*, pour prendre part à un projet de recherche de maîtrise en sciences infirmières s'intitulant « *La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises* ». Le but du projet est de dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies.

Les personnes recherchées doivent :

- Effectuer au moins 50% de leur travail dans une urgence au Québec peu importe le titre d'emploi (infirmière soignante, chef d'unité, clinicienne, conseillère, etc.) ;
- Avoir plus de 6 mois d'expérience à l'urgence ;
- Être dûment inscrites au tableau d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
- Lire et comprendre le français.

Ne doivent pas :

- Être en arrêt de travail (congé de maladie, de maternité, retraite, etc.) depuis plus de 6 mois.

Ce projet est mené par Mathieu Lepitre, étudiant à la maîtrise au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO en date du 19 décembre 2022.

Votre participation implique de compléter un questionnaire en ligne anonyme d'environ 30 minutes.

Pour participer au projet de recherche, vous pouvez cliquer sur le lien suivant

[LIEN À INSÉRER]

Merci de l'attention que vous portez à ce courriel, votre expertise est précieuse.

Pour en savoir plus, veuillez contacter :

Mathieu Lepitre



\* Le féminin est utilisé à seule fin d'alléger le texte.

## Appendice D : Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
 UQO.ca  
 Comité d'éthique de la recherche

### Formulaire de consentement

#### La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises Mathieu Lepitre inf. – Département des sciences infirmières Dir. Caroline Longpré, inf., Ph.D. - Co.Dir. Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D.

Nous sollicitons par la présente, votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Identifier quelles sont les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) en place selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.
- Identifier quelles sont les SVRAMT utilisées par les infirmières travaillant à l'urgence.
- Décrire la perception qu'ont les infirmières travaillant à l'urgence quant à l'efficacité des SVRAMT sur la fréquence et la gravité des agressions.

Participer à ce projet de recherche consiste à **commenter** la clarté et la pertinence des éléments d'un questionnaire d'environ 30 minutes. En plus des commentaires écrits que vous pourrez faire parvenir, une rencontre virtuelle d'environ 2h avec l'étudiant-chercheur, sa direction de recherche ainsi que d'autres experts sur le sujet vous permettra d'échanger vos commentaires sur le questionnaire afin d'aboutir à un questionnaire clair et pertinent au sujet d'étude.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche répond aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche sont anonymes et ne pourront en aucun cas mener à votre identification.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire de maîtrise, une publication d'article et des conférences en congrès professionnel. Les données recueillies seront conservées sur un serveur OneDrive protégé par mot de passe et les seules personnes qui y auront accès sont le chercheur et ses co-directrices. Les données seront supprimées de façon définitive au plus tard 5 ans après le dépôt du mémoire. Les documents conservés seront anonymes.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Cependant, le sujet d'étude traitant d'agressions, il est possible que cela ravive des souvenirs désagréables accompagnés de sentiments désagréables chez les répondants. Vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment. Si vous en sentez le besoin, vous pouvez communiquer avec la **ligne info-social au 811** de partout au Québec ou faire appel au programme d'aide aux employés de votre organisation pour obtenir de l'aide. La

Ce projet n'a reçu aucun financement

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, les données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mathieu Lepitre, 514-803-5149 ou lepm43@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au 819 595-3900, poste 1781, ou andre.durivage@uqo.ca.

La signature du présent consentement indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche.-

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'accepte librement d'y participer.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant chercheur : \_\_\_\_\_

[CLIQUEZ ICI](#) si vous souhaitez conserver une copie du formulaire de consentement

Ce projet n'a reçu aucun financement

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, les données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
 uqo.ca  
 Comité d'éthique de la recherche

### Formulaire de consentement

#### **La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises** **Mathieu Lepitre inf. – Département des sciences infirmières** **Dir. Caroline Longpré, inf., Ph.D. - Co.Dir. Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D.**

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Identifier quelles sont les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) en place selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.
- Identifier quelles sont les SVRAMT utilisées par les infirmières travaillant à l'urgence.
- Décrire la perception qu'ont les infirmières travaillant à l'urgence quant à l'efficacité des SVRAMT pour prévenir les agressions.

Votre participation consisterait en commenter par écrit la pertinence et la clarté des différents éléments du questionnaire ainsi que d'aider à préciser la durée exacte du questionnaire actuellement estimée à 30 minutes. Vous disposerez d'une semaine après l'envoi du questionnaire pour effectuer l'exercice et envoyer vos commentaires à l'étudiant chercheur. Votre profil est similaire à celui des participants qui seront recrutés et votre contribution permettra d'aider à la validation du questionnaire, une première étape fondamentale pour le déroulement de l'étude.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche répond aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche sont anonymes et ne pourront en aucun cas mener à votre identification.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire de maîtrise, une publication d'article et des conférences en congrès professionnel. Les données recueillies seront conservées sur un serveur OneDrive protégé par mot de passe et les seules personnes qui y auront accès sont le chercheur et ses co-directrices. Les données seront supprimées de façon définitive au plus tard 5 ans après le dépôt du mémoire. Les documents conservés seront anonymes.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Cependant, le sujet d'étude traitant d'agressions, il est possible que cela ravive des souvenirs désagréables accompagnés de sentiments désagréables chez les répondants. Vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment. Si vous en sentez le besoin, vous pouvez communiquer avec la **ligne info-social au 811** de partout au

Ce projet n'a reçu aucun financement

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, les données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Québec ou faire appel au programme d'aide aux employés de votre organisation pour obtenir de l'aide. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire ou autre ne sera accordée.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mathieu Lepitre, 514-803-5149 ou lepm43@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au 819 595-3900, poste 1781, ou andre.durivage@uqo.ca.

La signature du présent consentement indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer de la consultation jusqu'à l'envoi de la version finale du questionnaire aux participants de l'étude.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche.-

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'accepte librement d'y participer.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant chercheur : \_\_\_\_\_

[CLIQUEZ ICI](#) si vous souhaitez conserver une copie du formulaire de consentement



Casa postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7  
 uqo.ca  
 Comité d'éthique de la recherche

### Formulaire de consentement

#### La perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises Mathieu Lepitre inf. – Département des sciences infirmières Dir. Caroline Longpré, inf., Ph.D. - Co.Dir. Isabelle St-Pierre, inf. Ph.D.

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à dresser le portrait des stratégies visant la réduction des agressions en milieu hospitalier et d'explorer la perception des infirmières quant à l'efficacité de ces stratégies. Ce projet n'a reçu aucun financement. Les objectifs de ce projet de recherche sont :

- Identifier quelles sont les stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail (SVRAMT) en place selon la perception des infirmières travaillant dans les urgences du Québec.
- Identifier quelles sont les SVRAMT utilisées par les infirmières travaillant à l'urgence.
- Décrire la perception qu'ont les infirmières travaillant à l'urgence quant à l'efficacité des SVRAMT pour prévenir les agressions.

Participer à ce projet de recherche consiste à **répondre** à un questionnaire en ligne qui devrait prendre environ 30 minutes à compléter.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche répond aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais\*. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche sont anonymes et ne pourront en aucun cas mener à votre identification.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés dans un mémoire de maîtrise, une publication d'article et des conférences en congrès professionnel. Les données recueillies seront conservées sur un serveur OneDrive protégé par mot de passe et les seules personnes qui y auront accès sont le chercheur et ses co-directrices. Les données seront supprimées de façon définitive au plus tard 5 ans après le dépôt du mémoire.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux. Cependant, le sujet d'étude traitant d'agressions, il est possible que cela ravive des souvenirs désagréables accompagnés de sentiments désagréables chez les répondants. Vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment. Si vous en sentez le besoin, vous pouvez communiquer avec la **ligne info-social au 811** de partout au Québec ou faire appel au programme d'aide aux employés de votre organisation pour obtenir de l'aide. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire ou autre ne sera accordée.

\*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, les données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au *Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications*.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Mathieu Lepitre, 514-803-5149 ou lepm43@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, au 819 595-3900, poste 1781, ou andre.durivage@uqo.ca.

La poursuite du questionnaire atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Vous aurez l'option de quitter le questionnaire en détruisant les données collectées jusqu'à l'envoi final. Considérant le caractère anonyme des données collectées, il est impossible pour le chercheur d'identifier les questionnaires reçus. Pour cette raison, il n'est pas possible de demander un retrait des données une fois l'envoi final complété.

Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche.-

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'accepte librement d'y participer.

OUI -> LIEN HYPERTEXTE POINTANT VERS LE DÉBUT DU QUESTIONNAIRE

NON -> REMERCIEMENT DE LA PERSONNE SOLlicitÉE

[CLIQUEZ ICI](#) si vous souhaitez conserver une copie du formulaire de consentement

## Appendice E : Questionnaire

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

### Informations sociodémographiques

#### Genre

- Homme  
 Femme  
 Autre  
 Je préfère ne pas l'indiquer

#### Années d'expérience à titre d'infirmière

- 1 an et moins  
 2 ans à 5 ans  
 6 ans à 10 ans  
 11 ans à 15 ans  
 16 ans à 20 ans  
 21 ans et plus

#### Années d'expérience comme infirmière à l'urgence (même dans des hôpitaux différents)

- 1 an et moins  
 2 ans à 5 ans  
 6 ans à 10 ans  
 11 ans à 15 ans  
 16 ans à 20 ans  
 21 ans et plus

#### Milieu dans lequel se situe l'urgence dans laquelle vous travaillez

- Rural  
 Urbain  
 Région éloignée  
 Je ne sais pas  
 Autre (veuillez préciser)

#### Niveau d'expertise de l'urgence

- Primaire (Hôpital communautaire avec ou sans capacité d'hospitalisation, incluant dispensaire)  
 Secondaire (Présence de quelques spécialités médicales, centre généralement affilié à des centres d'expertise)  
 Tertiaire (Centre d'expertise avec spécialités et surspécialités médicales)  
 Je ne sais pas  
 Autre (veuillez préciser)

Environnement structurel de l'urgence

- Centre hospitalier universitaire (CHU)  
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)  
 Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)  
 Je ne sais pas  
 Autre (veuillez préciser)

Travaillez-vous dans une urgence à vocation unique ? (psychiatrie, cardiologie, etc.)

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Si oui précisez ici :

Quelles sont vos fonctions principales ?

- Gestionnaire (i.e. chef d'unité, coordonnateur, etc.)  
 Soutien clinique et enseignement (i.e. conseiller en soins infirmiers, éducateur clinique, etc.)  
 Infirmière en soins directs  
 Infirmière assistante au supérieur immédiat  
 Autre (Veuillez préciser)

Secteur d'exercice (sélectionner toutes les réponses vous concernant)

- Secteur civière  
 Secteur ambulatoire  
 Secteur de réanimation  
 Secteur triage  
 Administration d'unité  
 Soutien clinique et enseignement  
 Autre (veuillez préciser)

Choisissez la fréquence appropriée pour chacun des énoncés suivants.

**Dans la dernière année, selon différents niveaux de gravité suivants, j'ai vécu de la part d'un usager une :**

**Agression verbale mineure (cris, chantage émotif, argumentation, gestes obscènes)**

Jamais	Une fois dans l'année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois	Toutes les semaines	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Agression verbale sévère (insultes, menaces incluant menaces de mort), en personne ou par téléphone**

Jamais	Une fois dans l'année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois	Toutes les semaines	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Agression physique (poussé, coup, menacé avec un objet comme un couteau ou un fusil, frappé, étranglé, cheveux tirés, etc.) sans blessure physique**

Jamais	Une fois dans l'année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois	Toutes les semaines	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Agression physique (poussé, coup, menacé avec un objet comme un couteau ou un fusil, frappé, étranglé, cheveux tirés, etc) avec lésion physique temporaire (telles que fracture, atteinte d'un œil, de l'audition, lacération, ecchymose, etc.)**

Jamais	Une fois dans l'année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois	Toutes les semaines	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Agression physique avec lésion physique permanente**

Jamais	Une fois dans l'année	Tous les 6 mois	Tous les 3 mois	Tous les mois	Toutes les semaines	Tous les jours
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Globalement, les stratégies visant la réduction des agressions présentes dans mon milieu de travail ont une efficacité pour réduire le nombre de fois qu'une agression survient

**(fréquence) :**

Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Globalement, les stratégies visant la réduction des agressions présentes dans mon milieu de travail ont une efficacité pour réduire la **gravité** des agressions :

Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

Étude des stratégies - Niveau individuel

**Pour chacune des 44 stratégies recensées, vous êtes invité à vous prononcer au meilleur de votre connaissance sur la présence et l'utilisation ou non de cette stratégie dans votre milieu de travail.**

**Même si vous n'utilisez pas la stratégie, vous êtes invité à vous prononcer sur son efficacité (impact vis-à-vis de la réduction de la fréquence des agressions ou de la gravité de celle-ci).**

**Les stratégies peuvent se situer au niveau individuel, organisationnel ou social/externe.**

**1. S'assurer d'une option de fuite possible en tout temps (plan de sortie rapide, fiable et sécuritaire)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé	Je n'ai pas d'opinion
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**2. Directive de porter des vêtements sécuritaires (cordelette à déclenchement rapide, éviter bijou/collier/objet de valeur, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 3. Directive de maintenir une distance sécuritaire avec les usagers agressifs ou à risque de l'être

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 4. Directive de déclencher rapidement le code blanc dès qu'il y a escalade d'agressivité

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**5. Maintenir les objets pouvant servir d'arme hors de la portée des usagers.**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**6. Technique de dégagement de soi à utiliser lors d'une agression physique (dégagement lors de morsures, si cheveux agrippés, étranglement, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**7. Techniques de communication visant la désescalade d'usagers agressifs ou à risque de l'être**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 8. Identification des facteurs de risque et les déclencheurs/causes de comportements violents

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 9. Outil d'évaluation du risque d'agression par l'utilisateur (Broset, START, DASA, etc.)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**10. Éviter d'être le seul intervenant en présence d'un usagers agressifs ou à risque de l'être.**

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**J'ai déjà reçu une formation au sujet des stratégies de niveau individuel (stratégies 1 à 10)**

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas  
 Non applicable

Si oui, préciser le sujet et la durée :

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

**Étude des stratégies - Niveau organisationnel 1/3**

**11. Accès à l'urgence contrôlés (portes verrouillées, visiteurs filtrés, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 12. Afficher clairement qu'aucune agression n'est tolérée (politique de tolérance zéro)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 13. Disponibilité d'agents de sécurité ou employés formés pour intervenir physiquement en cas de besoin

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**14. Accès rapide à du personnel additionnel en support lors d'escalade d'agressivité**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**15. Caméras de surveillance**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**16. Cartes d'identification des employés visibles**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

#### 17. Débriefage (debriefing) systématique en équipe suite à un évènement d'agression ou un code blanc

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

#### 18. Des salles sécurisées en cas de tireur actif (salles pour se barricader)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**19. Contrôle des effets personnels (Détecteur de métal, fouille, mise sous clé, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**20. Éclairage adéquat éliminant les zones de circulation obscures**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**21. Élimination des endroits avec visibilité réduite (à l'aide de miroir convexes, fenêtres, placement des espaces de travail à vue, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui    Non    Je ne sais pas    Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

### Étude des stratégies - Niveau organisationnel 2/3

#### 22. Escorte par des agents de sécurité lors de déplacements au besoin

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

#### 23. Division de la salle d'attente en petites sections (éviter les grandes aires ouvertes)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**24. Gestionnaires s'assurent de l'application des politiques visant la réduction des agressions en milieu de travail**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**25. Heures de visite contrôlées**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée	Je n'ai pas d'opinion
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

26. Une culture organisationnelle qui considère que les agressions ne sont pas normales et ne font pas partie du travail

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

27. Partenariat avec les corps policiers pour assistance au besoin (menace exceptionnelle, employé agressé, etc.)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 28. Pratique standardisée pour la mise en place des mesures de contrôle (contentions)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 29. Personnel spécialisé (intervenant pacificateur, infirmières de santé mentale, psychiatres, etc.) disponible pour accompagner/intervenir auprès des équipes ou des usagers en cas de besoin.

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**30. Ratios usager/travailleur adéquat**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**31. Salle d'attente confortable pour les usagers (chaises suffisantes, nourriture disponible, faible bruit, etc.)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

 Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

 Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

Étude des stratégies - Niveau organisationnel 3/3

**32. Espace sécurisé avec réduction de stimuli pour l'utilisateur agressif (salle de désescalade)**

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 33. Salles d'examens sécuritaires et possédant au moins 2 sorties pour permettre la fuite en cas d'urgence

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 34. Système de boutons paniques de tout type (bouton mural, bouton GPS, etc.)

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 35. Système de gestion des plaintes d'usagers facile d'utilisation et avec réponse/suivi rapide

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 36. Système de documentation et de consultation d'antécédents d'agressions des usagers

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 36.1 Plan d'intervention pré-établi et accessible pour les usagers avec antécédants d'agressivité

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 37. Système de documentation et compilation des agressions à des fins d'analyse

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 38. Stratégies de réduction du temps d'attente des usagers

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### 39. Direction appuyant l'amélioration continue de la sécurité des travailleurs de la santé

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

### J'ai déjà reçu une formation au sujet des stratégies de niveau organisationnel (stratégies 11 à 39)

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas  
 Non applicable

Si oui, précisez le sujet et la durée :

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

Étude des stratégies - Niveau social/externe

**Puisqu'il s'agit ici de stratégies de niveau externe, vous êtes invité à vous prononcer seulement sur leur efficacité (impact vis-à-vis de la réduction de la fréquence des agressions ou de la gravité de celle-ci).**

**40. Programmes sociaux de soutien aux populations vulnérables (marginalisées, consommatrices de drogue, criminalisées, etc.)**

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**41. Couverture médiatique favorable aux travailleurs de la santé**

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**42. Loi punitive envers ceux qui agressent les travailleurs de la santé (code pénal ou criminel)**

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

**43. Politiciens appuyant positivement les travailleurs de la santé**

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre (veuillez préciser)

Après avoir complété le questionnaire, indiquez si :

Globalement, les stratégies visant la réduction des agressions présentes dans mon milieu de travail ont une efficacité pour réduire le nombre de fois qu'une agression survient

**(fréquence) :**

Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Globalement, les stratégies visant la réduction des agressions présentes dans mon milieu de travail ont une efficacité pour réduire la **gravité** des agressions :

Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

Étude des stratégies - Suggestions

**Si vous connaissez des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail qui n'ont pas été mentionnées, les ajouter ici et répondre aux mêmes questions.**

Suggestion 1

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggestion 2

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggestion 3

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggestion 4

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suggestion 5

Stratégie présente dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

J'ai déjà utilisé/j'utilise cette stratégie dans mon milieu de travail

Oui  Non  Je ne sais pas  Non applicable

Efficacité de cette stratégie pour réduire la :

	Très faible	Faible	Moyen	Élevée	Très élevée
<b>Fréquence</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Gravité</b> des agressions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GRUPE TEST - Combien de temps avez-vous consacré à compléter ce questionnaire (Minutes) ?

0 60

Étude sur la perception des infirmières en regard de la présence et de l'efficacité des stratégies de réduction des agressions dans les urgences québécoises

Remerciements

**Je vous remercie d'avoir participé à cette étude. Vous contribuez au développement des connaissances sur le sujet.**

### **Appendice F : Nom abrégé des stratégies visant la réduction des agressions en milieu de travail**

01. S'assurer d'une option de fuite possible en tout temps (plan de sortie rapide, fiable et sécuritaire)	01. Option de fuite
02. Directive de porter des vêtements sécuritaires (cordelette à déclenchement rapide, éviter bijou/collier/objet de valeur, etc.)	02. Vêtements sécuritaires
03. Directive de maintenir une distance sécuritaire avec les usagers agressifs ou à risque de l'être	03. Distance sécuritaire
04. Directive de déclencher rapidement le code blanc dès qu'il y a escalade d'agressivité	04. Code blanc
05. Maintenir les objets pouvant servir d'arme hors de la portée des usagers	05. Objets hors de portée
06. Technique de dégagement de soi à utiliser lors d'une agression physique (dégagement lors de morsures, si cheveux agrippés, étranglement, etc.)	06. Dégagement
07. Techniques de communication visant la désescalade d'usagers agressifs ou à risque de l'être	07. Désescalade
08. Identification des facteurs de risque et les déclencheurs/causes de comportements violents	08. Identification des déclencheurs
09. Outil d'évaluation du risque d'agression par l'utilisateur (Broset, START, DASA, etc.)	09. Outil d'évaluation
10. Éviter d'être le seul intervenant en présence d'un usager agressif ou à risque de l'être.	10. Ne pas être seul
11. Accès à l'urgence contrôlés (portes verrouillées, visiteurs filtrés, etc.)	11. Accès contrôlé
12. Afficher clairement qu'aucune agression n'est tolérée (politique de tolérance zéro)	12. Tolérance zéro
13. Disponibilité d'agents de sécurité ou employés formés pour intervenir physiquement en cas de besoin	13. Agents de sécurité
14. Accès rapide à du personnel additionnel en support lors d'escalade d'agressivité	14. Personnel additionnel
15. Caméras de surveillance	15. Caméras
16. Cartes d'identification des employés visibles	16. Cartes d'identification
17. Débriefage (debriefing) systématique en équipe suite à un événement d'agression ou un code blanc	17. Débriefage
18. Des salles sécurisées en cas de tireur actif (salles pour se barricader)	18. Salles sécurisées
19. Contrôle des effets personnels (Détecteur de métal, fouille, mise sous clé, etc.)	19. Effets personnels
20. Éclairage adéquat éliminant les zones de circulation obscures	20. Éclairage

21. Élimination des endroits avec visibilité réduite (à l'aide de miroir convexe, fenêtres, placement des espaces de travail à vue, etc.)	21. Visibilité
22. Escorte par des agents de sécurité lors de déplacements au besoin	22. Escorte
23. Division de la salle d'attente en petites sections (éviter les grandes aires ouvertes)	23. Division de salle d'attente
24. Gestionnaires s'assurent de l'application des politiques visant la réduction des agressions en milieu de travail	24. Gestionnaires
25. Heures de visite contrôlées	25. Heures de visite
26. Une culture organisationnelle qui considère que les agressions ne sont pas normales et ne font pas partie du travail	26. Culture organisationnelle
27. Partenariat avec les corps policiers pour assistance au besoin (menace exceptionnelle, employé agressé, etc.)	27. Corps policiers
28. Pratique standardisée pour la mise en place des mesures de contrôle (contentions)	28. Mesures de contrôle
29. Personnel spécialisé (intervenant pacificateur, infirmières de santé mentale, psychiatres, etc.) disponible pour accompagner/intervenir auprès des équipes ou des usagers en cas de besoin.	29. Personnel spécialisé
30. Ratios usager/travailleur adéquats	30. Ratio
31. Salle d'attente confortable pour les usagers (chaises suffisantes, nourriture disponible, faible bruit, etc.)	31. Confort
32. Espace sécurisé avec réduction de stimuli pour l'utilisateur agressif (salle de désescalade)	32. Salle de désescalade
33. Salles d'examen sécuritaires et possédant au moins 2 sorties pour permettre la fuite en cas d'urgence	33. Examen sécuritaire
34. Système de boutons panique de tout type (bouton mural, bouton GPS, etc.)	34. Boutons panique
35. Système de gestion des plaintes d'utilisateurs facile d'utilisation et avec réponse/suivi rapide	35. Plaintes
36. Système de documentation et de consultation d'antécédents d'agressions des usagers	36. Documentation
37. Plan d'intervention préétabli et accessible pour les usagers avec antécédents d'agressivité	37. Plan d'intervention
38. Système de documentation et compilation des agressions à des fins d'analyse	38. Compilation
39. Stratégies de réduction du temps d'attente des usagers	39. Temps d'attente
40. Direction appuyant l'amélioration continue de la sécurité des travailleurs de la santé	40. Support de la direction

41. Programmes sociaux de soutien aux populations vulnérables (marginalisées, consommatrices de drogue, criminalisées, etc.)	41. Population vulnérables
42. Couverture médiatique favorable aux travailleurs de la santé	42. Couverture médiatique
43. Loi punitive envers ceux qui agressent les travailleurs de la santé (code pénal ou criminel)	43. Loi punitive
44. Politiciens appuyant positivement les travailleurs de la santé	44. Soutien politique

## Appendice G : Tableaux complémentaires pour les réflexions émergentes

### Tableau 10

*Antécédents d'agression par rapport aux caractéristiques sociodémographiques*

	Verbale sévère		Physique sans lésion		Physique avec lésion	
	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>	<i>n(%)</i>
	22(9,2)	217(90,8)	102(42,7)	137(57,3)	169(70,7)	70(29,3)
<b>Genre <sup>b, c</sup></b>						
Homme	1(2,4)	40(97,6)	10(24,4)	31(75,6)	20(48,8)	21(51,2)
Femme	21(10,7)	176(89,3)	91(46,2)	106(53,8)	148(75,1)	49(24,9)
<b>Années d'expérience à titre d'infirmière <sup>b</sup></b>						
1 an et moins	3(25)	9(75)	4(33,3)	8(66,7)	10(83,3)	2(16,7)
2 ans à 5 ans	3(4,8)	60(95,2)	19(30,2)	44(69,8)	44(69,8)	19(30,2)
6 ans à 10 ans	4(7,8)	47(92,2)	19(37,3)	32(62,7)	32(62,7)	19(37,3)
11 ans à 15 ans	4(8)	46(92)	24(48)	26(52)	40(80)	10(20)
16 ans à 20 ans	5(20)	20(80)	16(64)	9(36)	18(72)	7(28)
21 ans et plus	3(7,9)	35(92,1)	20(52,6)	18(47,4)	25(65,8)	13(34,2)
<b>Années d'expérience comme infirmière à la salle d'urgence</b>						
1 an et moins	3(15)	17(85)	7(35)	13(65)	16(80)	4(20)
2 ans à 5 ans	10(10,3)	87(89,7)	38(39,2)	59(60,8)	71(73,2)	26(26,8)
6 ans à 10 ans	2(3,7)	52(96,3)	22(40,7)	32(59,3)	35(64,8)	19(35,2)
11 ans à 15 ans	4(15,4)	22(84,6)	13(50)	13(50)	20(76,9)	6(23,1)
16 ans à 20 ans	0(0)	22(100)	11(50)	11(50)	12(54,5)	10(45,5)
21 ans et plus	3(15)	17(85)	11(55)	9(45)	15(75)	5(25)
<b>Milieu dans lequel se situe la salle d'urgence</b>						
Rural	8(16,7)	40(83,3)	23(47,9)	25(52,1)	36(75)	12(25)
Urbain	12(7,4)	150(92,6)	67(41,4)	95(58,6)	115(71)	47(29)
Région éloignée	1(5,6)	17(94,4)	7(38,9)	11(61,1)	11(61,1)	7(38,9)
Autre	1(20)	4(80)	4(80)	1(20)	4(80)	1(20)

**Tableau 10**

*Antécédents d'agression par rapport aux caractéristiques sociodémographiques (suite)*

	<i>Verbale sévère</i>		<i>Physique sans lésion</i>		<i>Physique avec lésion</i>	
	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
	<i>n( %)</i>	<i>n( %)</i>	<i>n( %)</i>	<i>n( %)</i>	<i>n( %)</i>	<i>n( %)</i>
	22(9,2)	217(90,8)	102(42,7)	137(57,3)	169(70,7)	70(29,3)
<b>Niveau d'expertise de la salle d'urgence</b>						
Primaire	1(4,3)	22(95,7)	13(56,5)	10(43,5)	17(73,9)	6(26,1)
Secondaire	13(11)	105(89)	51(43,2)	67(56,8)	84(71,2)	34(28,8)
Tertiaire	7(7,7)	84(92,3)	34(37,4)	57(62,6)	63(69,2)	28(30,8)
Autre	0(0)	3(100)	2(66,7)	1(33,3)	2(66,7)	1(33,3)
<b>Environnement structurel de la salle d'urgence</b>						
Centre hospitalier universitaire (CHU)	3(5,7)	50(94,3)	20(37,7)	33(62,3)	36(67,9)	17(32,1)
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)	9(9,9)	82(90,1)	45(49,5)	46(50,5)	65(71,4)	26(28,6)
Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)	10(11,1)	80(88,9)	37(41,1)	53(58,9)	65(72,2)	25(27,8)
<b>Salle d'urgence à vocation unique <sup>a</sup></b>						
Oui	4(23,5)	13(76,5)	8(47,1)	9(52,9)	12(70,6)	5(29,4)
Non	18(8,2)	201(91,8)	94(42,9)	125(57,1)	155(70,8)	64(29,2)
<b>Fonctions principales <sup>d</sup></b>						
Gestionnaire	0(0)	7(100)	5(71,4)	2(28,6)	5(71,4)	2(28,6)
Soutien clinique et enseignement	3(30)	7(70)	7(70)	3(30)	10(100)	0(0)
Infirmière en soins directs	17(8,7)	179(91,3)	77(39,3)	119(60,7)	137(69,9)	59(30,1)
Infirmière assistante au supérieur immédiat	2(9,1)	20(90,9)	10(45,5)	12(54,5)	13(59,1)	9(40,9)

note n=249, certaines données sont toutefois partielles selon la question.

<sup>a</sup>  $\chi^2$  significatif à  $p < 0.05$  entre les différents groupes pour l'agression verbale sévère

<sup>b</sup>  $\text{Khi}^2$  significatif à  $p < 0.05$  entre les différents groupes pour l'agression physique

<sup>c</sup>  $\text{Khi}^2$  significatif à  $p < 0.05$  entre les différents groupes pour l'agression physique avec lésion

<sup>d</sup>  $\text{Khi}^2$  significatif à  $p < 0.05$  entre le groupe « Infirmière en soins directs » et les autres groupes pour les agressions physiques

**Tableau 11**  
Rapport de cote du risque d'agression

	Agression verbale sévère		Agression physique		Agression physique avec lésion	
	RR	IC 95 %	RR	IC 95 %	RR	IC 95 %
Genre (Homme/femme)			1,405	1,131 - 1,745	2,059	1,401 - 3,026
Vocation de la salle d'urgence (sans unique/unique)	1,200	0,919 - 1,56				
Rôle principal (Soins directs/autre)			1,450	1,002 - 2,099		

**Tableau 12**  
Formation reçue

	Oui n( %)	Non n( %)	Je ne sais pas n( %)
Formation sur les SVRAMT 1 à 10 (niveau individuel)	77(39)	102(52)	15(9)
Formation sur les SVRAMT 11 à 40 (niveau organisationnel)	13(8)	130(79)	13(10)
Formation reçue sur au moins un des deux niveaux	80(40)	108(55)	10(5)