

# Recherche et évaluation

## Évaluation du programme de formation *Oméga* pour prévenir et gérer l'agressivité des patients

Résultats d'une étude menée à l'Institut  
universitaire en santé mentale de Montréal

Richard Boyer et Stéphane Guay  
Jane Goncalves



Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal

APPRISSA  
Université  
de Montréal

# Évaluation du programme de formation *Oméga* pour prévenir et gérer l'agressivité des patients

Résultats d'une étude menée à l'Institut  
universitaire en santé mentale de Montréal

Richard Boyer et Stéphane Guay  
Jane Goncalves

### Citation suggérée

Boyer, R, Guay, S, et Goncalves, J. (2014). Évaluation du programme de formation *Oméga* pour prévenir et gérer l'agressivité des patients. Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Collection Recherche et évaluation). Montréal, Québec : Institut universitaire en santé mentale.

Pour toute demande d'information, veuillez contacter Stéphane Guay, chef de l'équipe VISAGE : [stephane.guay@umontreal.ca](mailto:stephane.guay@umontreal.ca).

### En partenariat avec :

Janique Beauchamp, IUSMM  
Noémie Dubois, IUSMM  
Mathieu Hamel, IUSMM  
Jean-François Labrecque, ASSTSAS  
Philippe Rivard, IUSMM  
Marie-Josée Robitaille, ASSTSAS  
Lucie Thibault, IUSMM

Merci à :  
Rachel Carrier, IUSMM  
Natasha Dugal, M. Sc.  
Caroline Forget-Galipeau, IUSMM  
Juliette Jarvis, M. Sc.

Un merci tout particulier aux employés de l'Institut qui ont accepté de prendre part à cette étude.

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à un financement des Instituts de recherche en santé du Canada (Institut de la santé des femmes et des hommes) octroyé à Stéphane Guay, André Marchand, Richard Boyer, Henriette Bilodeau, Aline Drapeau, Dominic Beaulieu-Prévost, Sonia Lupien et Stéphane Bouchard.

Toute reproduction totale ou partielle aux éléments de ce document sont autorisées, à condition d'en citer la source.

ISBN 978-2-923984-09-4

© Institut universitaire en santé mentale, 2014.  
Tous droits réservés.

Distribué par le Centre de documentation de  
l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal  
Téléphone : 514 251-4000 poste 2964; Télécopieur : 514 251-0270.  
Web : <http://www.iusmm.ca>  
Courriel : [bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca)

## Sommaire des résultats de l'étude

Depuis 2001, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal s'est engagé à promouvoir un environnement sans violence ni harcèlement. L'une des mesures prises pour atteindre cet objectif a été d'implanter la formation *Oméga*, conçue en 1999 par les membres de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail. Cette formation vise à développer chez les participants des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité.

Une étude d'évaluation de l'impact de cette formation a été conduite par les chercheurs du Centre d'étude sur le trauma de l'Institut auprès du personnel volontaire de l'Institut formé entre janvier 2012 et novembre 2013.

Le présent rapport a pour objectif de rendre compte des principaux résultats de cette étude d'évaluation. Les mesures ont été effectuées selon un devis préexpérimental de type pré post par une série de questionnaires auto-administrés avant la formation (n=89), après la formation à court (environ trois mois après, n=80) et à moyen (environ quatorze mois après, n=63) termes. Ces mesures portent sur les perceptions des travailleurs quant à leur santé (détresse psychologique ainsi que santé mentale, physique et globale), à leur sécurité au travail (sentiment de sécurité au sein de l'unité, risque d'exposition à de la violence, peur d'être exposé à de la violence, niveau d'exposition à différentes formes de violence) et à leur sentiment d'efficacité (sentiment d'être outillé, confiance pour la gestion des patients agressifs, bien-être au travail).

Une majorité des participants étaient des hommes (55 %), avaient 46 ans et plus (56 %) et cumulaient dix années et plus d'expérience (52 %). Les participants travaillaient à l'urgence (46,1 %), aux soins intensifs (29,2 %) et dans la sécurité (24,7 %).

Les résultats des analyses statistiques montrent que la formation *Oméga* a un effet bénéfique sur la plupart des mesures à court ou à moyen terme. Ainsi, on observe des changements positifs sur la plupart des perceptions liées au sentiment de sécurité et sur l'ensemble des perceptions liées au sentiment d'efficacité. On observe également un changement positif concernant la détresse psychologique. Cependant, les résultats montrent des impacts différenciés en fonction des caractéristiques sociodémographiques

et professionnelles. Il semblerait que les hommes (les moins de 45 ans) et les participants travaillant dans la sécurité rapportent moins de changements que les femmes (les plus de 45 ans) et les participants travaillant à l'urgence et aux soins intensifs.

Les résultats de l'évaluation de l'impact de la formation *Oméga* démontrent que cette formation permet d'atteindre la plupart des objectifs sans entraîner d'effets indésirables sur les variables étudiées. Les recommandations du présent rapport visent à assurer que suffisamment de membres du personnel aient accès à la formation. Elles visent également à accroître la compréhension des effets observés par la poursuite de recherches.

## Table des matières

<b>1. Introduction</b> .....	7
<b>1.1. La psychiatrie : un secteur particulièrement touché par la violence au travail</b> .....	7
<b>1.2. Des conséquences importantes</b> .....	7
<b>1.3. Former les employés pour prévenir la violence au travail</b> .....	8
<b>1.4. Impact des programmes de formation</b> .....	8
<b>1.4.1. D'un point de vue psychologique</b> .....	9
<b>1.4.2. Concernant les pratiques</b> .....	9
<b>1.4.3. Concernant le nombre d'agressions</b> .....	10
<b>1.4.4. Concernant le nombre de jours d'absence</b> .....	10
<b>1.5. <i>Oméga</i> : une formation mise sur pied dans le milieu de la santé au Québec</b> .....	11
<b>1.5.1. Origines</b> .....	11
<b>1.5.2. Principes</b> .....	11
<b>1.5.3. Appréciation</b> .....	12
<b>1.6. Mesurer l'efficacité du programme <i>Oméga</i> au sein de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal</b> .....	13
<b>1.6.1. Mise en contexte</b> .....	13
<b>1.6.2. Prévenir la violence à l'Institut avec le programme <i>Oméga</i></b> .....	13
<b>2. Objectifs de la recherche</b> .....	14
<b>3. Méthode</b> .....	14
<b>3.1. Participants</b> .....	14
<b>3.2. Procédure</b> .....	14
<b>3.3. Instruments de mesure</b> .....	15
<b>3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles</b> .....	15
<b>3.3.2. Perceptions relatives à la santé</b> .....	15
<b>3.3.3. Perceptions relatives à la sécurité au travail</b> .....	16
<b>3.3.4. Perceptions relatives à l'efficacité personnelle</b> .....	17
<b>3.4. Analyses statistiques</b> .....	18
<b>4. Résultats</b> .....	19
<b>4.1. Caractéristiques des participants</b> .....	19

4.2.	Taux de participation et délais entre les temps de mesure .....	21
4.3.	Impact du programme sur les perceptions des participants quant à leur santé....	21
4.3.1.	Impact du programme sur les perceptions de la santé globale, physique et mentale.....	21
4.3.2.	Impact du programme sur la détresse psychologique.....	22
4.4.	Impact du programme sur la sécurité perçue au travail .....	23
4.4.1.	Impact du programme sur la perception des travailleurs quant à leur niveau de sécurité au sein de leur unité .....	23
4.4.2.	Impact du programme sur la perception du risque d'exposition à la violence au sein de l'hôpital ou de son unité .....	24
4.4.3.	Impact du programme sur la peur d'être exposé à de la violence au sein de l'unité au cours des douze prochains mois .....	25
4.4.4.	Impact du programme sur le niveau d'exposition à des actes de violence (tension, violence mineure, violence grave) au cours des trois derniers mois .....	26
4.5.	Impact du programme sur l'efficacité perçue des employés .....	27
4.5.1.	Impact du programme sur le sentiment d'avoir été outillé en fonction du type de violence .....	28
4.5.2.	Impact du programme sur le sentiment de confiance en soi.....	29
4.5.3.	Impact du programme sur le bien-être au travail .....	31
5.	Discussion.....	32
5.1.	Effet positif du programme .....	32
5.2.	Pourquoi le programme <i>Oméga</i> fonctionne-t-il ? .....	34
5.3.	Implications futures.....	35
5.4.	Limites de l'étude .....	36
5.5.	Recommandations .....	37
6.	Bibliographie.....	38

## 1. Introduction

### 1.1. La psychiatrie : un secteur particulièrement touché par la violence au travail

La violence en milieu de travail est un phénomène de plus en plus préoccupant au Canada avec environ 350 000 actes de violence recensés chaque année. Le secteur de la santé et de l'aide sociale sont particulièrement touchés et représentent un tiers des actes de violence au travail (De Léséleuc, 2004). Selon Piquero et ses collègues (2013) qui ont analysé la littérature publiée sur la violence au travail entre 2000 et 2012, celle-ci touche entre 7 % et 39 % du personnel infirmier, avec des différences notables en fonction des départements d'affectation. En effet, le risque d'être victime de violence au travail est deux fois plus élevé pour les infirmier(ère)s en psychiatrie que pour le personnel d'autres départements (Gerberich et al., 2004), avec un taux de 43,2 incidents pour 1000 travailleurs (Duhart, 2001; Peek-Asa et al., 2009).

### 1.2. Des conséquences importantes

La question de la violence au travail est particulièrement préoccupante du fait de ses nombreuses conséquences, tant sur le plan individuel qu'organisationnel. D'un point de vue individuel, les conséquences peuvent être d'ordre physique : blessures, fractures, douleurs physiques au ventre, à la tête, etc. (Bishop, 2006; Çelik, Çelik, Ağırbaş, & Uğurluoğlu, 2007; Ünsal et al., 2012). Elles peuvent également être d'ordre psychologique. Dans ce cas, la violence au travail peut entraîner peur, anxiété, symptômes de stress post-traumatique (p. ex. : cauchemars, *flashbacks*, hypervigilance), dépression, *burnout* (Lancôt & Guay, 2014), qui peuvent perdurer dans le temps (Hogh & Viitasara, 2005).

D'un point de vue organisationnel, la violence peut notamment générer absence pour maladie, absentéisme, présentéisme, intention de quitter le travail, rotation du personnel et augmentation des coûts liés à la sécurité (AbuAlRub, Khalifa, & Habbib, 2007; Lancôt & Guay, 2014; Ryan et al., 2008). Elle peut également entraîner de la discrimination, de l'inégalité et des conflits sur le lieu de travail (ILO, 2003; Leka, 2010).

Toutes ces conséquences entraînent des coûts financiers importants, mais qui restent difficiles à évaluer. Cependant, cette violence au travail pourrait être responsable de 30 % des dépenses liées à la maladie et aux accidents chez les travailleurs de la santé (Hoel, Sparks, & Cooper, 2001).

### **1.3. Former les employés pour prévenir la violence au travail**

De nombreuses études soulignent l'urgence de la situation et la nécessité d'agir de manière préventive du point de vue organisationnel (Kowalenko et al., 2012; Tragno, Duveau, & Tarquinio, 2007), notamment par l'implantation de programmes de formation du personnel. Ces programmes ont généralement pour objectifs de permettre aux employés de reconnaître et d'anticiper les situations à risque et de développer des compétences techniques et psychosociales pour y faire face. Farrell et Cubit (2005) ont analysé le contenu de 28 programmes dispensés auprès du personnel infirmier dans huit pays. Ils soulignent que ces programmes évoquent peu souvent les protocoles à suivre en matière de gestion des agressions, alors que cela est essentiel pour comptabiliser les incidents et assurer un suivi post-événement.

### **1.4. Impact des programmes de formation**

L'évaluation de l'efficacité de ces formations reste une exception pour des raisons liées au coût de l'évaluation, à l'expertise scientifique et statistique nécessaire ou à l'appréhension quant à l'absence de changements positifs (Beech & Leather, 2006). Par ailleurs, la majorité de ces études ont été conduites entre 1990 et 2005 (Wassell, 2009). Les rares études qui évaluent l'impact de ces formations montrent souvent des résultats positifs du point de vue psychologique et organisationnel.

Les programmes de formation aux employés peuvent avoir des effets bénéfiques du point de vue cognitif et psychologique sur l'acquisition de connaissances, le changement de certaines perceptions et le développement de certaines capacités psychologiques. Ces

programmes peuvent également avoir des effets bénéfiques sur l'organisation et entraîner un changement quant aux pratiques et au nombre d'agressions.

#### **1.4.1. D'un point de vue psychologique**

Calabro et ses collègues (2002) ont étudié l'impact de deux programmes de formation totalisant 17 heures auprès de 180 membres du personnel d'un hôpital psychiatrique au Texas, avec des mesures avant / après. Les résultats de Calabro et ses collègues montrent notamment que les participants ont amélioré leurs connaissances et développé leur sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire leur sentiment d'avoir les capacités d'agir pour faire face à une situation de violence. McGowan et ses collègues (1999) ont évalué l'impact d'un programme de formation auprès du personnel infirmier de deux unités de soins intensifs en psychiatrie en Australie. Ces chercheurs montrent, entre autres, des changements positifs en ce qui concerne la confiance en soi et les capacités à intervenir psychologiquement, six mois après la formation. Arnetz et Arnetz (2000) ont analysé les effets de l'implantation d'un programme auprès d'employés de différentes catégories d'emploi de la santé en Suède. Comparativement au groupe témoin, c'est-à-dire au personnel n'ayant pas reçu la formation, les participants formés ont rapporté avoir davantage conscience des situations à risque et de la façon dont ces situations peuvent être évitées.

Enfin, Deans (2004), qui a étudié l'impact d'une journée de formation sur le personnel d'urgence en Australie, montre une augmentation des connaissances et des compétences quant à la gestion de l'événement trois mois après la formation. Cependant, d'autres résultats montrent une absence de différences significatives concernant l'acquisition de connaissances (Cowin et al., 2003).

#### **1.4.2. Concernant les pratiques**

Certains programmes mesurent également les changements obtenus à la suite de l'implantation de programmes de formation en matière de pratiques. Par exemple,

Corrigan et ses collègues (1995) ont étudié l'impact de l'implantation d'un programme de formation dans un centre de santé mentale de Chicago. Leurs résultats mettent en évidence une diminution de 41 % du nombre de contentions physiques. Jonikas et ses collaborateurs (2004) obtiennent des résultats encore plus importants, dans trois unités psychiatriques d'un hôpital de Chicago, avec une diminution de 98 % du nombre de contentions physiques dans les six mois qui suivent la formation. Enfin, Arnetz et Arnetz (2000) montrent une plus grande collaboration de la part du personnel avec une augmentation du nombre de déclarations des actes de violence.

#### **1.4.3. Concernant le nombre d'agressions**

En aidant les employés à mieux appréhender les situations potentiellement à risque et à mieux gérer les situations de crise, les programmes de formation peuvent également permettre d'agir sur le nombre d'agressions et sur le nombre d'absences causés par la violence. Corrigan et ses collègues (1995) obtiennent une diminution de 12,6 % du nombre d'agressions. Arnetz et Arnetz (2000) notent qu'en douze mois, le nombre d'incidents violents répertoriés a diminué de 50 %, en comparaison au groupe témoin. Cependant, d'autres études ne parviennent pas à mettre en évidence des effets significatifs en terme de diminution du nombre d'agressions (Bhui, 2001; Carmel & Hunter, 1990; Deans, 2004; Flannery, Anderson, Marks, & Uzoma, 2000; Runyan, Zakocs, & Zwerling, 2000), notamment du fait du manque de rigueur dans le déroulement de l'étude (Runyan et al., 2000).

#### **1.4.4. Concernant le nombre de jours d'absence**

Du point de vue organisationnel, Martin (1995) a observé, au sein d'une unité de psychiatrie d'un hôpital universitaire de Londres, une diminution du nombre de jours d'absences en raison de la violence, passant respectivement de 415 jours, dans l'année précédant la formation, à 69 jours, l'année suivante, puis à 33 jours, l'année d'ensuite.

## **1.5. *Oméga* : une formation mise sur pied dans le milieu de la santé au Québec**

### **1.5.1. Origines**

Entre 1997 et 1999, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) en partenariat avec un regroupement d'établissements à vocation psychiatrique a mise sur pied un programme de formation appelé *Oméga* afin d'aider les intervenants du milieu de la santé du Québec à faire face à la violence des patients (Robitaille, 1999).

Depuis 1999, le programme *Oméga* est offert dans des hôpitaux, mais également dans des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, dans des centres locaux de services communautaires, dans des organismes communautaires ainsi que dans des centres jeunesse du Québec (Schoeb, 2013).

### **1.5.2. Principes**

Le programme de formation *Oméga* de base se déroule sur quatre jours. Il vise à développer chez les participants des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres en situation d'agressivité (Robitaille, 1999).

La formation propose des techniques verbales, psychologiques et physiques pour intervenir dans la plupart des situations rencontrées. Elle présente également des moyens pour évaluer l'ampleur des risques et des dangers ainsi qu'une grille permettant de classifier les comportements et les niveaux de dangerosité de l'individu. Cette formation donne aussi aux participants des outils afin d'évaluer la pertinence et l'adéquation d'une intervention de gestion de crise de violence, et ce, par une rétroaction et un suivi en équipe à la suite d'une intervention. Le travail en équipe lors des interventions en situation de violence est également très valorisé.

L'objectif principal de la formation *Oméga* consiste donc à assurer la sécurité du personnel, sans négliger celle des usagers, en utilisant des approches pédagogiques adaptées aux réalités de l'emploi. L'apprentissage des valeurs fondamentales et des

principes *Oméga* constitue la pierre angulaire du programme. Ces valeurs et principes sont enseignés au début de la formation et sont régulièrement rappelés aux participants. Les quatre valeurs fondamentales sont le respect, le professionnalisme, la responsabilité et la sécurité. Les cinq principes consistent à se protéger, à évaluer, à prévoir, à prendre le temps nécessaire et à se centrer sur la personne. Les principales composantes du programme *Oméga* sont :

- un processus de gestion de crise, soit l'évaluation de la situation de travail (les personnes, l'environnement, l'équipement, la tâche, le temps et l'organisation du travail), l'appréciation du degré d'alerte et l'appropriation de la « grille du potentiel de dangerosité » ;
- des techniques verbales et psychologiques telles que la pacification de crise (écoute empathique, sans demandes ni allusions au comportement) ;
- la préparation psychologique pour l'intervention qui consiste à prévoir personnellement quelques automatismes de base pour faire face au premier moment d'une situation de violence ;
- des techniques physiques telles que le maintien d'une distance sécuritaire et l'intervention d'équipe nommée « pointe flèche » afin de contrôler la personne à risque sans entrer en contact physique avec elle ;
- la révision post-événement qui consiste en un retour sur événement permettant à l'équipe de nommer les faits et de consolider le fonctionnement ;

La formation se termine par une évaluation formative.

### **1.5.3. Appréciation**

Bien qu'il n'ait fait l'objet que de très peu d'évaluations à ce jour, le programme *Oméga* est apprécié dans les milieux où il est offert selon les résultats obtenus quant à la satisfaction des participants. Il semble faciliter l'identification des éléments de risque au sein de divers milieux de travail. Une évaluation des apprentissages faits parmi quatre groupes d'intervenants du Centre jeunesse de Montréal indique que le programme

permet d'acquérir de nouvelles connaissances et de consolider l'adhésion à la philosophie sous-jacente (Groleau, Bigras, & Arsenault, 2008).

Toutefois, à notre connaissance, il n'existe pas d'étude scientifique mesurant l'impact du programme *Oméga* sur le développement de nouvelles habiletés et sur leur transfert dans la pratique quotidienne.

## **1.6. Mesurer l'efficacité du programme *Oméga* au sein de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal**

### **1.6.1. Mise en contexte**

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal compte 1 989 employés travaillant directement ou non auprès de la clientèle. De ce nombre, 67 % sont des femmes. La proportion hommes / femmes varie grandement selon la catégorie d'emploi et les unités de travail (p. ex. : 20 % des agent(e)s d'intervention comparativement à 70 % des travailleur(euse)s à l'urgence sont des femmes).

En 2010, 92 incidents d'agression physique ont été rapportés et 14 autres incidents ont engendré une perte de temps, totalisant 389 jours de travail (de 3 jours à 6,5 mois par incident). En 2011, ce sont 103 incidents d'agression physiques qui ont été rapportés et 14 autres incidents ont entraîné une perte de temps. Ces statistiques sous-estiment probablement la réalité puisque les taux d'incidents violents rapportés par des employés varient de 20 % à 50 % selon les études.

### **1.6.2. Prévenir la violence à l'Institut avec le programme *Oméga***

En 2001, l'Institut a promulgué une politique visant à promouvoir un environnement sans violence et harcèlement (révisée en 2004). Les objectifs de cette politique sont d'assurer et de maintenir un milieu de vie et de travail sain, de contribuer à la sensibilisation, à l'information et à la formation du personnel, de fournir le support et l'assistance nécessaires aux personnes victimes de violence et de harcèlement, et de prendre les mesures nécessaires pour faire cesser les comportements de violence et de harcèlement.

## 2. Objectifs de la recherche

Sur la base du contenu spécifique de la formation *Oméga* (Robitaille, 1999) ainsi que des questionnements de nos partenaires de l'ASSTSAS, de la direction de l'Institut et du comité paritaire de santé et sécurité au travail de l'Institut, nous avons mené une recherche évaluative dont l'objectif est de mesurer les effets du programme *Oméga* auprès des membres du personnel pour la gestion des situations de violence potentielle au sein des unités qui participent à l'étude. Plus précisément, notre recherche vise à évaluer l'impact du programme *Oméga* sur les perceptions des travailleurs relatives à leur santé, à leur sécurité et à leur sentiment d'efficacité.

## 3. Méthode

### 3.1. Participants

L'échantillon de cette étude est constitué de 89 membres du personnel du programme des soins intensifs et de l'urgence de l'Institut incluant les infirmier(ère)s, préposé(e)s aux bénéficiaires et agent(e)s d'intervention.

### 3.2. Procédure

Les travailleurs ont été informés du projet d'évaluation du programme de formation *Oméga* et de la procédure de recherche par questionnaires lors d'une rencontre du personnel. Ils ont été invités à participer aux périodes de collecte de données prévues à cet effet. Les participants complétaient le premier temps de mesure sur les lieux de la formation et remplissaient les questionnaires subséquents selon leur disponibilité. Une indemnité compensatoire de 25 \$ était allouée à chaque participant à la remise de chaque questionnaire complété.

Chaque questionnaire comportait un numéro d'identification qui était utilisé tout au long de l'étude afin de permettre l'appariement des questionnaires administrés aux différents

temps de mesure. La liste des noms comportant le numéro d'identification était constituée par un des chercheurs, S. Guay, qui seul y avait accès. Les participants ont reçu les questionnaires avec leur numéro d'identification sous enveloppe afin de préserver la confidentialité et l'anonymat.

La recherche est une étude à devis préexpérimental de type pré post avec suivi à moyen terme, sans groupe témoin.

O<sub>1</sub> Pré ----- X *Oméga* ----- 3 mois ----- O<sub>2</sub> Court terme ----- 11 mois ----- O<sub>3</sub> Moyen terme

### 3.3. Instruments de mesure

Le questionnaire utilisé vise à évaluer l'impact du programme *Oméga* sur les perceptions relatives à la santé, à la sécurité et à l'efficacité personnelle.

#### 3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

La première section du questionnaire (Q1 à Q10) se consacre aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants : le sexe, l'âge, l'ancienneté, l'unité de travail, le quart de travail, la profession et la participation antérieure à la formation *Oméga*.

#### 3.3.2. Perceptions relatives à la santé

Cette section inclut des mesures sur 1) l'auto-évaluation générale de la santé globale, physique et mentale (Q16 à Q18) et sur 2) la détresse psychologique ressentie au cours du dernier mois (Q24).

Les auto-perceptions de sa santé globale, physique et mentale (Q16 à Q18) consistent en trois questions standardisées constituées d'une échelle de Likert à cinq niveaux variant de « Excellente » à « Mauvaise ». Elles permettent de décrire les états de santé du répondant d'après son propre jugement. Ces questions ont été utilisées dans le cadre d'une multitude

d'enquêtes de santé dont l'Enquête de santé auprès des collectivités canadiennes (ESCC, cycle 1.2), menée par Statistique Canada (Kairouz, Nadeau, Boyer, Perreault, & Lesage, 2007; Lesage, Kairouz, Nadeau, Boyer, & Perreault, 2007).

La détresse psychologique a été estimée grâce à *l'Inventaire de détresse psychologique de Kessler (K-6) (Q24)*. Il s'agit d'un questionnaire standardisé de six questions qui décrivent des symptômes d'anxiété et de dépression au cours du dernier mois. Le répondant indique son niveau de détresse sur une échelle de Likert à cinq niveaux de « Tout le temps » à « Jamais ». Cet instrument, développé par Kessler et ses collègues (2002), présente d'excellentes qualités psychométriques démontrées à plusieurs reprises (Cairney, Veldhuizen, Wade, Kurdyak, & Streiner, 2007; Kessler, Barker, Colpe, & al., 2003; Veldhuizen, Cairney, Kurdyak, & Streiner, 2007). Des membres de notre équipe (Drapeau et al., 2010) ont documenté la validité de construit du K-6, tant pour les hommes que pour les femmes, même si des différences dans l'expression des symptômes entre hommes et femmes apparaissent au cours de la vie. Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach est de 0,76.

### **3.3.3. Perceptions relatives à la sécurité au travail**

Cette section comporte des mesures sur 1) la perception de son niveau de sécurité au sein de l'hôpital ou de son unité (Q11), 2) la perception du risque d'exposition à un acte de violence au sein de l'hôpital ou de son unité au cours des douze prochains mois (Q12), 3) la peur d'être exposé à un acte de violence au sein de l'hôpital ou de son unité (Q13) et 4) le niveau d'exposition à des actes de violence à niveau de dangerosité variable au cours des trois derniers mois (Q14A).

La perception du niveau de sécurité au sein de l'hôpital et de son unité (Q11) consiste en un questionnaire ad hoc de cinq questions sur le sentiment général de confiance dans différentes situations de travail. Le répondant indique son niveau de confiance sur une échelle de Likert à quatre niveaux de « Tout à fait d'accord » à « Tout à fait en désaccord ». Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,68.

La perception du risque d'exposition à un acte de violence au sein de l'hôpital ou de son unité au cours des douze prochains mois (Q12) est un questionnaire ad hoc comportant cinq affirmations sur la probabilité d'être exposé à différentes formes de violence au sein de l'hôpital ou de son unité au cours des douze prochains mois. Le répondant indique le niveau de probabilité de telles expositions sur une échelle de Likert à onze niveaux de « Pas du tout probable » à « Très probable ». Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,89.

La peur d'être exposé à un acte de violence au sein de l'hôpital ou de son unité (Q13) est un questionnaire ad hoc de cinq affirmations évaluant le sentiment de peur généré par la survenue d'actes de violence. Ces actes sont les mêmes que ceux utilisés en Q12. Le répondant indique son niveau de peur à l'aide d'une échelle de Likert à onze niveaux de « Tout à fait en désaccord » à « Tout à fait d'accord ». Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,89.

Le niveau d'exposition à des actes de violence à niveau de dangerosité variable (Q14A) est un questionnaire ad hoc de neuf questions portant sur la fréquence d'exposition à neuf types de situations de violence au travail au cours des trois derniers mois. Le répondant indique la fréquence à laquelle il a été exposé à chacune des situations sur une échelle de Likert à six niveaux de « Jamais » à « Presque tous les jours ». Ces situations de violence correspondent et illustrent les neuf niveaux de la grille potentielle de dangerosité utilisée dans la formation *Oméga* : tension émotionnelle, collaboration conditionnelle, réfractaire, destructeur, intimidation psychologique, résistance active, agression physique, assaut grave et menace exceptionnelle. Afin d'optimiser le traitement statistique des résultats, ces neuf niveaux ont été regroupés en trois blocs de trois items respectivement nommés : tension, violence mineure et violence grave. Dans cette étude, les alphas de Cronbach sont respectivement de 0,85, 0,78 et 0,77.

### **3.3.4. Perceptions relatives à l'efficacité personnelle**

Cette dimension est mesurée par 1) la perception de son efficacité personnelle quant à différentes formes de violence (tension, violence mineure, violence grave) (Q14B), 2) une échelle validée de confiance en ses capacités de faire face à l'agressivité des usagers

(Q21) et 3) une échelle validée de bien-être psychologique relié au travail au cours des douze derniers mois (Q25).

La perception de son efficacité personnelle à faire face aux expériences personnelles mentionnées en Q14A (tension émotive, collaboration conditionnelle, réfractaire, destructeur, intimidation psychologique, résistance active, agression physique, assaut grave et menace exceptionnelle) est reprise pour ce questionnaire ad hoc (Q14 B). Le répondant doit indiquer à l'aide d'une échelle de Likert à six niveaux de « Pas du tout outillé » à « Tout à fait outillé » son sentiment d'être outillé pour faire face à ces situations. Les neuf niveaux ont également été regroupés en trois blocs de trois items : tension, violence mineure et violence grave. Dans cette étude, les alphas de Cronbach sont respectivement de 0,80, 0,87 et 0,86.

*La perception de ses capacités d'agir lors de l'agression d'un usager (Confidence in Coping with Patient Aggression Instrument)* (Q21) est un questionnaire standardisé comportant dix questions qui mesurent la perception quant à ses propres habiletés à utiliser des interventions psychologiques et physiques avec des patients agressifs (Thackrey, 1987). Le répondant indique ses réponses sur des échelles de Likert à onze niveaux. Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,96.

Le bien-être affectif au travail a été mesuré grâce à l'échelle de bien-être psychologique au travail de Katwyk et al, 2000 (*Job-Related Affective Well-Being Scale*). Il s'agit d'un questionnaire standardisé de 30 questions qui proposent une liste de 30 émotions (positives ou négatives) possiblement ressenties au cours des trois derniers mois. Le répondant indique la fréquence à laquelle il les a ressenties sur une échelle de Likert à cinq niveaux de « Jamais » à « Très souvent ou toujours ». Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de 0,88.

### **3.4. Analyses statistiques**

Des statistiques descriptives ont été utilisées afin de caractériser l'échantillon et les principales variables étudiées. Pour estimer l'impact du programme *Oméga*, une série d'analyses de tests de *t* de Student pour mesures répétées ou pour des échantillons indépendants, ainsi que des analyses de variance ont été effectuées. Le seuil de

signification statistique retenu est de  $p < ,05$ . Cela signifie que lorsque les différences avant / après formation sont présentées comme étant statistiquement significatives, il y a moins de 5 % de chances que cette différence soit due au hasard.

Compte tenu de l'hétérogénéité des divers instruments de mesure utilisés, l'interprétation des résultats présentés au sein des figures sera facilitée grâce à l'utilisation d'un indice de la taille de l'effet du programme sur les variables considérées. Il s'agit du  $d$  de Cohen qui sera noté selon trois niveaux de taille de l'effet : petite ( $d \geq ,10$ ), moyenne ( $d \geq ,30$ ) ou grande ( $d \geq ,50$ ).

#### **4. Résultats**

Les sections qui suivent présentent les résultats de l'évaluation d'impact du programme de formation *Oméga* sur les perceptions des participants relatives à 1) leur santé, 2) leur sécurité au travail et 3) leur efficacité au travail. Les différences statistiquement significatives entre les temps de mesure sont indiquées dans les tableaux et figures. Lorsque des différences statistiquement significatives sont observées en fonction des caractéristiques sociodémographiques, elles sont indiquées dans un encadré portant sur les faits saillants.

##### **4.1. Caractéristiques des participants**

Au total, 89 employés ont participé au 1<sup>er</sup> temps de mesure de l'étude. Une majorité d'entre eux avaient 46 ans et plus (56 %) et cumulaient dix années et plus d'expérience (52 %). Les résultats suggèrent que les distributions des hommes et des femmes varient significativement quant à leur statut d'emploi, leur unité de travail et leur titre d'emploi. Ainsi, 70 % des femmes détiennent un poste permanent contre seulement 45 % chez les hommes. Un peu plus de la moitié des femmes de cet échantillon (58 %) œuvrent au sein du service de l'urgence, alors que 37 % de leurs collègues de sexe masculin s'y retrouvent. La proportion d'hommes est cependant plus élevée (39 %) au sein du service de sécurité. En effet, on n'y retrouve que 8 % de femmes.

**Tableau 1 : Distribution en % des caractéristiques des participants au 1<sup>er</sup> temps de mesure**

	Total (n=89)	Hommes (n=49)	Femmes (n=40)	$\chi^2$
<b>Groupe d'âge</b>				0,83 <sup>ns</sup>
35 ans et moins	19,1	22,4	15,0	
De 36 à 45 ans	24,7	24,5	25,0	
46 ans et plus	56,2	53,1	60,0	
<b>Années d'expérience</b>				2,79 <sup>ns</sup>
9 ans et moins	25,8	30,6	20,0	
Entre 10 et 21 ans	24,7	18,4	32,5	
22 ans et plus	27,0	24,5	30,0	
<b>Statut d'emploi</b>				5,64 <sup>*</sup>
Permanent	56,2	44,9	70,0	
Temporaire	43,8	55,1	30,0	
<b>Unité de travail</b>				11,61 <sup>**</sup>
Urgence	46,1	36,7	57,5	
Soins intensifs	29,2	24,5	35,0	
Sécurité	24,7	38,8	7,5	
<b>Titre d'emploi</b>				25,06 <sup>***</sup>
Infirmier(ère)s	39,8	18,4	66,7	
Préposé(e)s aux bénéficiaires	28,4	38,8	15,4	
Agent(e)s d'intervention	23,9	36,7	7,7	
Autre	8,0	6,1	10,3	
<b>Quart de travail</b>				3,59 <sup>ns</sup>
Jour	42,0	36,7	48,7	
Soir	33,0	38,8	25,6	
Nuit	19,3	16,3	23,1	
Autre	5,7	8,2	2,6	
<b>Total</b>	100	55,0	45,0	

Note. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; ns  $\geq 0,05$

#### 4.2. Taux de participation et délais entre les temps de mesure

Le *Tableau 2* indique le nombre de participants aux différents temps de mesure ainsi que le délai écoulé entre chaque temps.

Malgré un délai important entre les phases d'études, 70,8 % des participants ont complété l'ensemble des questionnaires.

**Tableau 2 : Nombre de participants et délais entre les temps de mesure**

	Nombre de participants (%)	Temps moyen écoulé avec la période précédente (en jours)
Avant la formation	89 (100)	NA
Après la formation – court terme	80 (89,9)	109
Après la formation – moyen terme	63 (70,8)	331

Les motifs ayant conduit certains participants à ne pas compléter les deux séries de questionnaires faisant suite à la formation sont principalement liés à des refus personnels (huit cas). Plus rarement, ces motifs sont liés à des absences pour congés (trois cas), maladie (deux cas), arrêt de travail (un cas) et départ à la retraite (un cas).

#### 4.3. Impact du programme sur les perceptions des participants quant à leur santé

Cette section présente les résultats de l'évaluation d'impact du programme *Oméga* sur l'évolution des perceptions relatives à la santé globale, physique et mentale. Elle présente également les résultats sur l'évolution de la détresse psychologique.

##### 4.3.1. Impact du programme sur les perceptions de la santé globale, physique et mentale

Les participants devaient noter sur une échelle de 0 (mauvaise) à 4 (excellente) leurs perceptions quant à leur niveau de santé globale, physique et mentale. Pris dans leur

ensemble, quel que soit le temps de mesure, les résultats indiquent que les participants s'estiment généralement en bonne santé, avec des moyennes toujours supérieures à deux.

Les analyses statistiques ne font apparaître aucune différence statistiquement significative entre les temps de mesure. Cela signifie que la formation *Oméga* n'a pas eu d'influence notable (positive ou négative) sur l'évolution de la perception des trois formes de santé. Cependant, des différences significatives sont observées à court terme en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – perception de la santé*).

#### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – perception de la santé

- À court terme, la perception de la santé mentale évolue différemment en fonction du sexe. Ce score évolue significativement et positivement chez les femmes à court terme (+0,22 point), alors qu'il reste stable chez les hommes (-0,05 point) sur cette même période.
- À court terme, la santé globale perçue évolue différemment en fonction du type d'emploi. Les infirmier(ère)s rapportent une amélioration de leur santé globale.

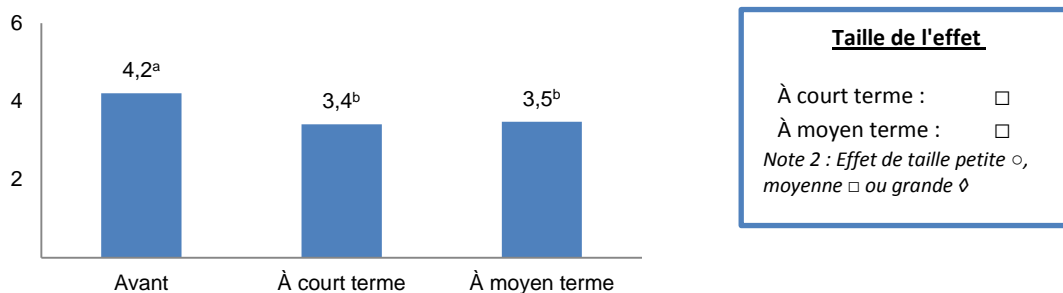
#### 4.3.2. Impact du programme sur la détresse psychologique

La *Figure 1* indique le score moyen de détresse psychologique aux différents temps de mesure. Pris dans leur ensemble, les résultats indiquent des scores moyens en deçà du seuil de détresse modérée qui s'établit à cinq. Par ailleurs, aucun participant ne présente des signes de détresse psychologique sévère, c'est-à-dire un score global supérieur à treize.

Les analyses statistiques suggèrent un effet significatif du programme *Oméga*. En effet, les participants expriment un niveau de détresse psychologique significativement moins élevé après avoir reçu la formation, que cela soit à court ou à moyen termes. Cette diminution de la détresse se maintient donc dans le temps. Pour ces deux comparaisons, il s'agit d'un effet du programme de taille moyenne. Ces résultats ne varient pas de façon

statistiquement significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'unité de travail, du type d'emploi ou du quart de travail.

Figure 1 : Score moyen de détresse psychologique (échelle de 0 à 36)



Note 1 : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

#### 4.4. Impact du programme sur la sécurité perçue au travail

Cette section présente les résultats relatifs aux perceptions des participants quant à leur sécurité. Plus précisément, ces résultats portent sur le niveau perçu de sécurité et de risque d'exposition à de la violence dans leur unité, à l'évaluation de leur peur d'être exposé à de la violence au sein de leur unité et au niveau perçu d'exposition aux tensions, à la violence mineure et à la violence grave au cours des trois derniers mois.

##### 4.4.1. Impact du programme sur la perception des travailleurs quant à leur niveau de sécurité au sein de leur unité

L'évolution moyenne de la perception du niveau de sécurité des participants ne diffère pas en fonction du temps. Pris dans leur ensemble, les résultats montrent que les participants se sentent assez en sécurité, avec des moyennes de 12,1 (avant la formation), 12,5 (à court terme) et 12,3 (à moyen terme) sur une échelle allant de 0 à 18.

Néanmoins, bien que le niveau perçu de sécurité au sein de l'unité de travail ne varie pas significativement dans le temps, certaines différences statistiquement significatives sont observées à court et à moyen termes en fonction des caractéristiques

sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – sentiment de sécurité*).

#### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – sentiment de sécurité

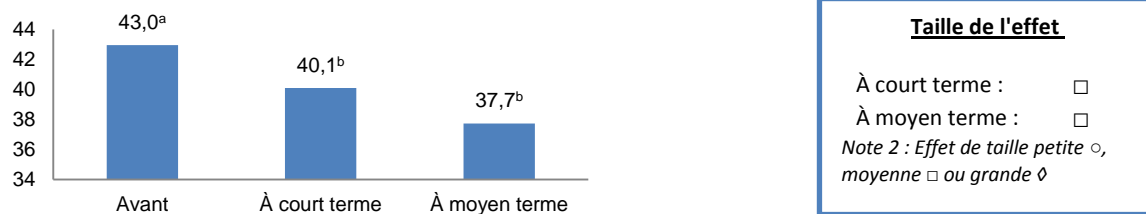
- À court et à moyen termes, le sentiment de sécurité évolue différemment en fonction de l'unité de travail. En effet, le niveau de sécurité perçue augmente significativement plus chez les participants des soins intensifs que chez les participants de la sécurité à court (+2,11 points) et à moyen (+2,87 points) termes.
- À moyen terme, le sentiment de sécurité évolue également différemment en fonction du type d'emploi. Les infirmier(ère)s se sentent davantage en sécurité (+2,48 points) que les agent(e)s d'intervention.

#### **4.4.2. Impact du programme sur la perception du risque d'exposition à la violence au sein de l'hôpital ou de son unité**

La *Figure 2* décrit l'évolution moyenne de la perception du risque d'exposition à la violence dans l'unité de travail, aux différents temps de mesures. Pris dans leur ensemble, les résultats suggèrent que, quel que soit le temps de mesure, les participants s'attendent à être exposés à la violence dans leur unité.

De plus, ce risque d'exposition perçue varie significativement en fonction des temps de mesure. Les participants se sentent moins à risque d'être exposés à de la violence après avoir suivi la formation, que ce soit à court ou à moyen terme. La taille de l'effet bénéfique du programme se maintient donc dans le temps.

Ce résultat ne varie pas de façon statistiquement significative en fonction du sexe, de l'âge, de l'unité de travail, du type d'emploi ou du quart de travail.

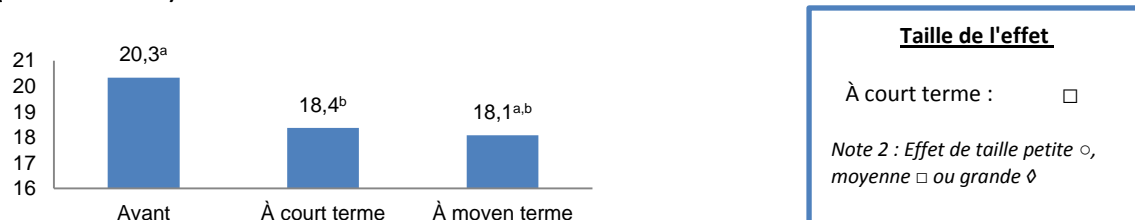
**Figure 2 : Évolution moyenne du risque perçu d'exposition à la violence dans l'unité de travail (échelle de 5 à 55)**

Note : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

#### 4.4.3. Impact du programme sur la peur d'être exposé à de la violence au sein de l'unité au cours des douze prochains mois

La *Figure 3* présente l'évolution moyenne du sentiment de peur d'être exposé à de la violence au sein de l'unité en fonction du temps de mesure. Pris dans leur ensemble, les résultats indiquent que les participants sont modérément effrayés par la possibilité que des événements de violence surviennent.

Les analyses statistiques montrent que ce sentiment de peur diminue significativement après la formation, mais à court terme seulement. Les participants ont donc moins peur d'être exposés à des actes de violence au travail après avoir suivi la formation. Cependant, il n'y a pas d'évidence que cet effet se maintient dans le temps. D'autres différences significatives sont observées à court et à moyen termes en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – niveau de peur*).

**Figure 3 : Évolution moyenne du sentiment de peur d'être exposé à de la violence au sein de l'unité de travail (échelle de 5 à 55)**

Note : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

#### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – niveau de peur

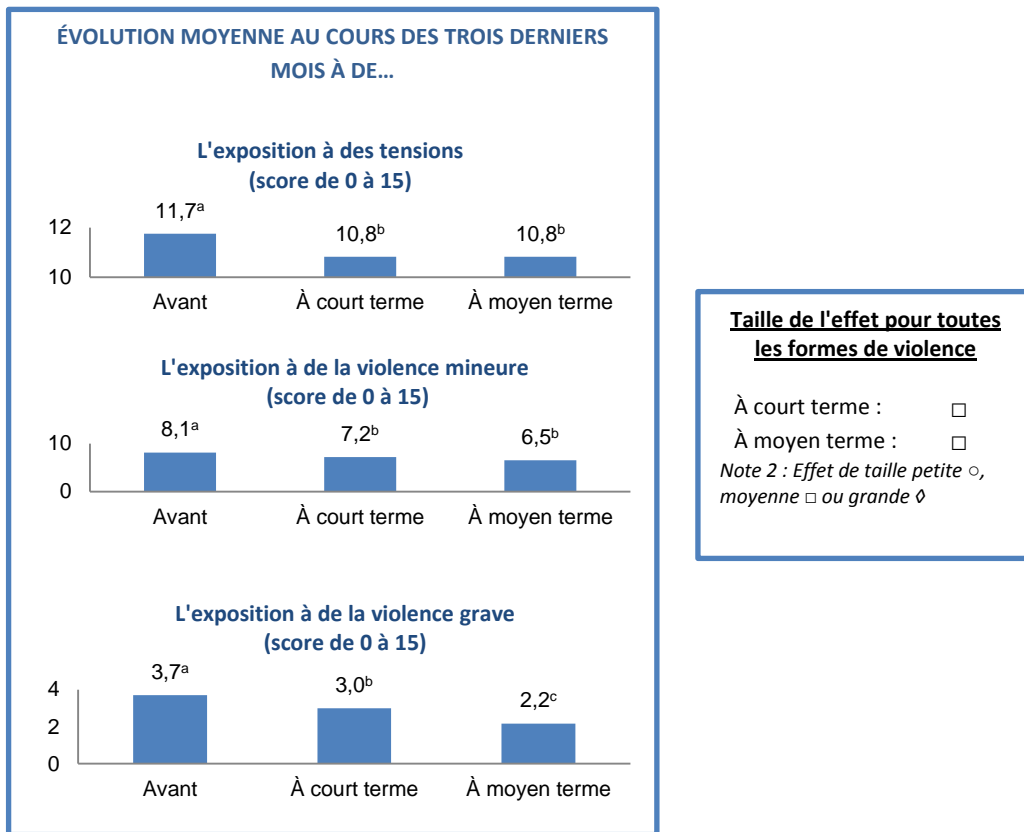
- À court et à moyen termes, la diminution du niveau de peur varie différemment en fonction du sexe. Le niveau de peur diminue significativement plus chez les femmes à court (-5,88 points) et à moyen (-7,35 points) termes que chez les hommes (avec respectivement -0,03 point et +0,71 point).
- À court terme, la diminution du niveau de peur varie différemment en fonction de l'âge. Le niveau de peur chez les plus de 45 ans (+5,05 points) diminue significativement plus que chez les moins de 45 ans (+0,32 point).
- À moyen terme, la diminution du niveau de peur varie différemment en fonction de l'unité de travail. Les participants travaillant à l'urgence ont un niveau de peur qui diminue significativement plus que chez les agent(e)s d'intervention (-14,12 points).

#### **4.4.4. Impact du programme sur le niveau d'exposition à des actes de violence (tension, violence mineure, violence grave) au cours des trois derniers mois**

La *Figure 4* renvoie à l'évolution moyenne au cours des trois derniers mois de l'exposition à des tensions, à de la violence mineure et à de la violence grave.

Les analyses statistiques montrent que l'exposition aux trois formes de violence diminue significativement après la formation et les différences se maintiennent dans le temps (effet de taille moyenne). Cela indique que les participants estiment avoir été moins exposés à toutes les formes de violence après avoir suivi la formation. D'autres différences significatives à court et à moyen termes sont observées en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – exposition à de la violence*).

Figure 4 : Évolution moyenne de l'exposition à des tensions, à de la violence mineure et à de la violence grave au cours des trois derniers mois.



Note : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

#### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – exposition à la violence

- À court et à moyen termes, la diminution du niveau d'exposition à la violence mineure varie en fonction de l'âge. Le niveau d'exposition diminue davantage chez les plus de 45 ans (-1,70 point à court terme et -2,47 points à moyen terme) que chez les moins de 45 ans (-0,47 point à court terme et -1,70 point à moyen terme).

#### 4.5. Impact du programme sur l'efficacité perçue des employés

Cette section analyse les résultats obtenus quant à l'efficacité perçue des participants. Plus précisément, nous cherchons à évaluer si le programme *Oméga* a permis d'améliorer

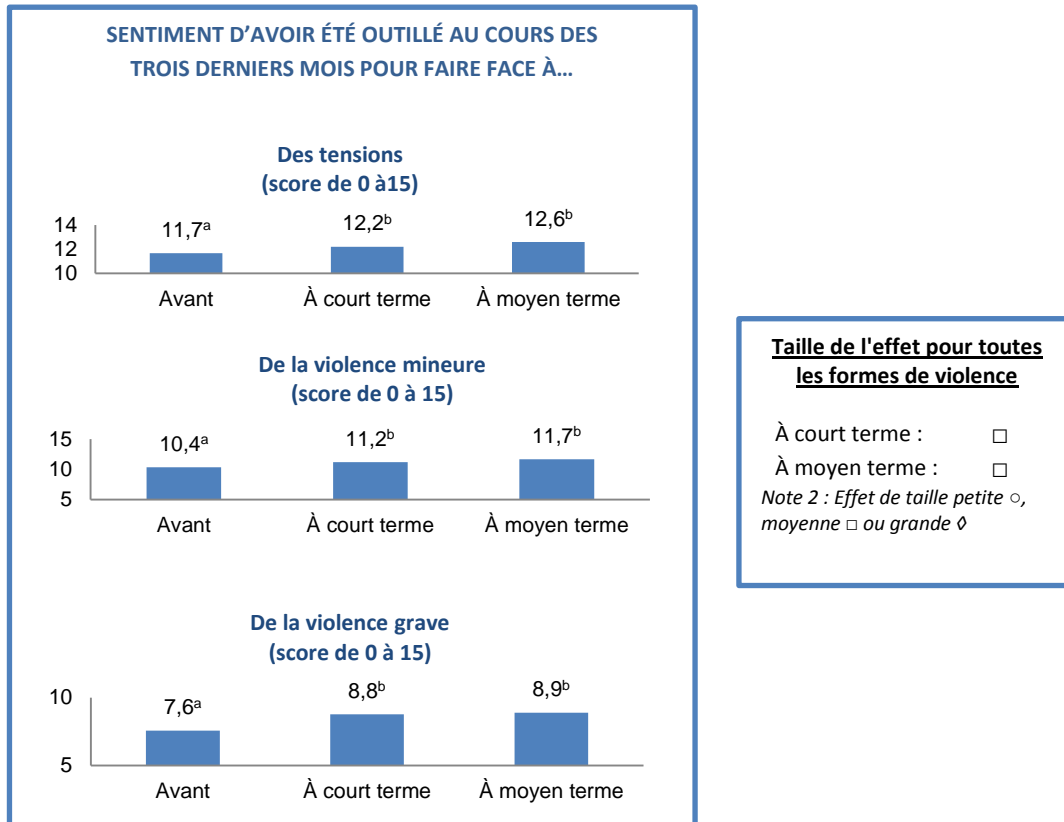
l'auto-efficacité lors de trois types de situation de violence (tensions, violence mineure, violence grave), la confiance en ses propres capacités de faire face à des agressions et la satisfaction concernant son bien-être au travail.

#### **4.5.1. Impact du programme sur le sentiment d'avoir été outillé en fonction du type de violence**

La *Figure 5* indique l'évolution moyenne du sentiment d'avoir été outillé pour faire face aux tensions, à la violence mineure et à la violence grave au cours des trois derniers mois.

Les analyses statistiques montrent des différences statistiquement significatives pour les trois niveaux de violence. Les participants estiment avoir été mieux outillés pour faire face à ces situations après avoir reçu la formation à court et à moyen termes. Les effets de taille moyenne se maintiennent donc dans le temps. D'autres différences significatives à court terme sont observées en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – sentiment d'avoir été outillé*).

Figure 5 : Évolution moyenne du sentiment d'avoir été outillé pour faire face à des tensions, à de la violence mineure et à de la violence grave au cours des trois derniers mois.



Note 1 : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

#### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles - sentiment d'avoir été outillé

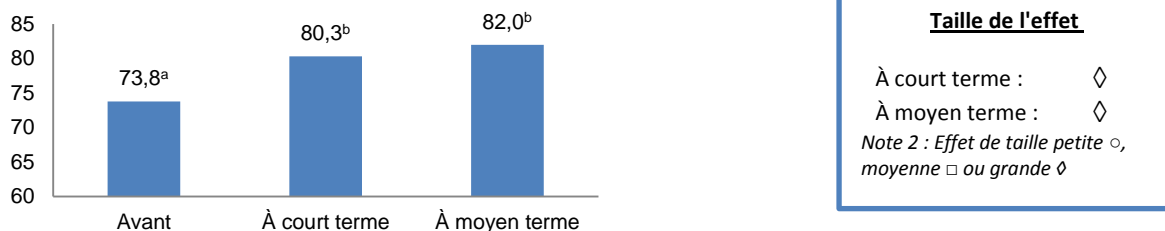
- À court terme, l'évolution du sentiment d'avoir été outillé pour faire face à de la violence mineure varie en fonction du quart de travail. Il augmente davantage chez les participants qui travaillent de jour que chez ceux qui travaillent de nuit (+2,27 points).

#### 4.5.2. Impact du programme sur le sentiment de confiance en soi

La *Figure 6* indique l'évolution moyenne du sentiment de confiance en soi quant à la gestion de l'agressivité des usagers. Globalement, les résultats indiquent que, quels que soient les temps de mesure, les participants ont assez confiance en eux.

Les analyses statistiques montrent que le sentiment de confiance en soi pour gérer l'agressivité des usagers augmente significativement après la formation, à court et à moyen termes. Cela indique que la confiance acquise avec la formation se maintient dans le temps. Il est notable que ces modifications constituent des effets de grande taille. D'autres différences significatives sont observées à moyen terme en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – sentiment de confiance en soi quant à la gestion de l'agressivité des usagers*).

**Figure 6 : Évolution moyenne du sentiment de confiance en soi pour gérer l'agressivité des usagers (échelle de 10 à 110)**



Note : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – sentiment de confiance en soi face à la gestion de l'agressivité des usagers

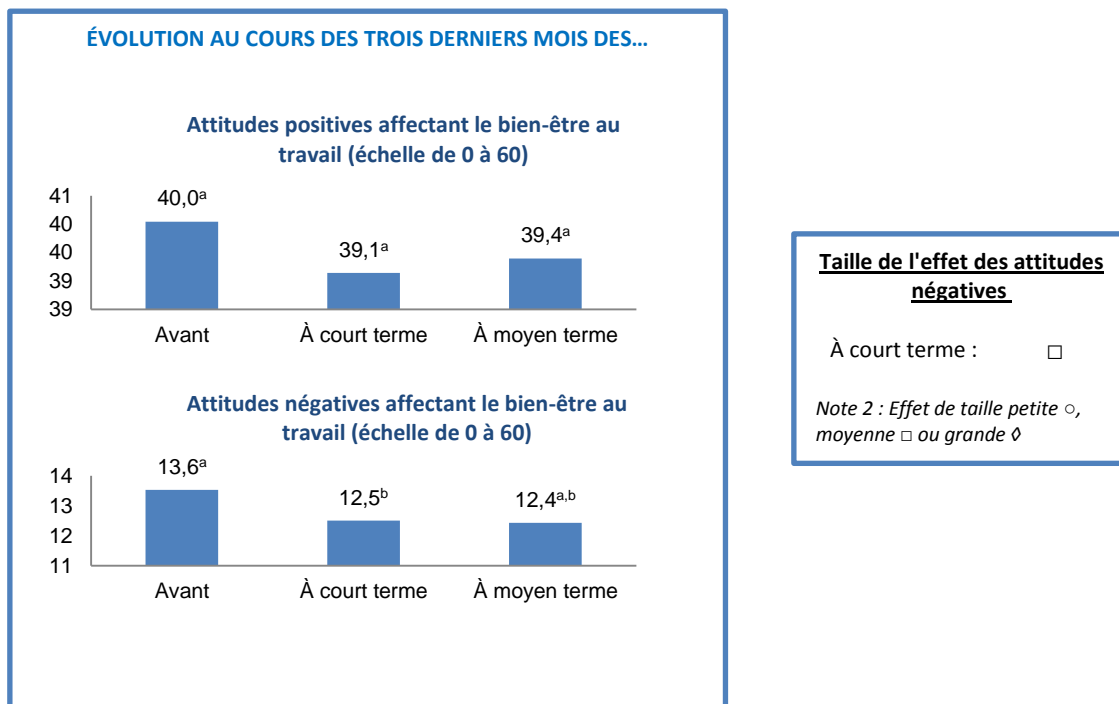
- À moyen terme, l'évolution du sentiment de confiance en soi varie significativement en fonction de l'unité de travail. Ce sentiment augmente davantage chez le personnel de l'urgence (+10,50 points) et chez le personnel des soins intensifs (+12,59 points) que chez le personnel de la sécurité.
- À moyen terme, le sentiment de confiance en soi varie significativement en fonction du type d'emploi. Ce sentiment augmente davantage chez les infirmier(ère)s (+11,22 points) que chez les agent(e)s d'intervention.

### 4.5.3. Impact du programme sur le bien-être au travail

La *Figure 7* montre l'évolution des attitudes positives et négatives rapportées par les participants dans le cadre de leur travail au cours des trois derniers mois. Pris dans leur ensemble, les résultats suggèrent qu'en moyenne, les participants ont rarement des attitudes négatives qui peuvent nuire à leur bien-être au travail. De façon corolaire, les participants ont assez souvent des attitudes positives qui peuvent nuire à leur bien-être au travail.

Les analyses statistiques révèlent que les attitudes négatives diminuent significativement après la formation, mais à court terme seulement. L'effet observé ne se maintient donc pas dans le temps. Il s'agit d'un effet de taille moyenne. D'autres différences significatives sont observées à moyen terme en fonction des caractéristiques sociodémographiques (voir l'encadré *Comparaisons sociodémographiques et professionnelles – bien-être au travail*).

Figure 7 : Évolution moyenne des attitudes positives et négatives nuisant au bien-être au travail



Note : Des lettres différentes indiquent une différence statistiquement significative.

### Comparaisons sociodémographiques et professionnelles– bien-être au travail

- À moyen terme, l'évolution des attitudes positives varie significativement en fonction de l'unité de travail. Les participants des soins intensifs estiment que leur travail leur a fait sentir plus fréquemment des attitudes positives que les participants de l'urgence au cours des trois derniers mois (+7,52 points).

## 5. Discussion

Cette section présente les principaux résultats de l'évaluation d'impact du programme de formation *Oméga*, ses implications et des recommandations.

### 5.1. Effet positif du programme

Globalement, les résultats montrent que le programme *Oméga* a un impact significatif et positif à court ou à moyen terme sur plusieurs caractéristiques psychologiques des travailleurs ayant suivi la formation. Par ailleurs, le programme *Oméga* n'a pas entraîné d'effet néfaste sur les dimensions mesurées.

Le programme ne semble pas avoir influencé la santé des travailleurs, du moins telle qu'ils la perçoivent, mais semble avoir eu un impact positif sur la diminution de la détresse psychologique à court et à moyen termes. Il est aussi important de souligner que les résultats concernant la santé mentale montrent que le programme agit différemment sur les hommes et les femmes. Ces dernières ont davantage modifié leur perception (dans un sens positif) que les hommes.

On observe également un effet positif du programme *Oméga* sur l'ensemble des mesures portant sur la sécurité perçue, à l'exception de la perception du niveau de sécurité au sein de l'hôpital ou de son unité de travail. Autrement dit, la formation a permis à court ou à moyen terme de diminuer la perception du risque d'exposition à de la violence, la peur d'être exposé à de la violence, ainsi que la fréquence d'exposition aux tensions, à la violence mineure et à la violence grave au cours des trois derniers mois. Les résultats

montrent toutefois des différences en fonction des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. En effet, le sentiment de sécurité évolue davantage chez les participants œuvrant au sein des soins intensifs que chez les participants de la sécurité. Les résultats indiquent aussi que la diminution de la peur est davantage marquée chez les femmes (les plus de 45 ans) et les participants travaillant à l'urgence que chez ceux travaillant dans la sécurité. La diminution du niveau d'exposition à la violence est également plus marquée chez les plus de 45 ans.

Enfin, les résultats montrent que le programme *Oméga* a un effet bénéfique sur l'ensemble des mesures portant sur l'efficacité perçue des participants. Cela signifie qu'à court et à moyen termes, les participants se sentent mieux outillés pour faire face à la violence et qu'ils ont davantage confiance en eux pour gérer l'agressivité des usagers. Leur bien-être au travail se trouve également amélioré, mais à court terme seulement. Là encore, les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles indiquent des résultats différents. Le sentiment d'être outillé évolue davantage chez les participants qui travaillent de jour. Le sentiment de confiance en soi augmente davantage chez le personnel de l'urgence et des soins intensifs que chez le personnel de la sécurité, et davantage chez les infirmier(ère)s que chez les agent(e)s d'intervention. Les attitudes positives ressenties au travail varient également en fonction de l'unité de travail, les participants des soins intensifs étant plus influencés positivement que ceux de l'urgence. Plusieurs constats obtenus suggèrent qu'il est important de tenir compte des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants. Il semblerait que les hommes (les moins de 45 ans) et les participants travaillant dans la sécurité rapportent moins de changements que les femmes (les plus de 45 ans) et les participants travaillant à l'urgence et aux soins intensifs.

Des analyses statistiques multivariées ainsi que l'interprétation d'autres données qualitatives seront nécessaires pour clarifier l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport.

## 5.2. Pourquoi le programme *Oméga* fonctionne-t-il ?

L'efficacité du programme *Oméga* peut s'expliquer par son orientation visant à répondre aux recommandations formulées par l'Organisation internationale du travail (OIT) en matière de formation à la gestion des comportements agressifs (ILO, 2003). Ces recommandations visent à promouvoir de meilleures pratiques, mais également le développement de compétences psychosociales.

Concernant la mise en place de meilleures pratiques, la formation *Oméga* permet de transmettre les techniques les plus adaptées pour faire face aux différentes formes de violence. La formation permet aussi de comprendre comment organiser un « groupe de base » avec le personnel le plus expérimenté pour les situations de violence les plus difficiles. Elle permet aussi de faire connaître les étapes précises à suivre en cas d'agression. Enfin, elle oriente le travailleur-victime vers les ressources utiles pour une prise en charge adaptée.

L'OIT propose également une série de recommandations pour améliorer les compétences psychosociales des individus. Dans ce sens, la formation *Oméga* a pour objectif d'aider à l'affirmation de soi et à l'autonomie. La formation permet également de développer des compétences interpersonnelles et communicationnelles qui peuvent aider les individus à prévenir et à désamorcer une situation de violence potentielle. Elle a aussi pour objectif d'aider l'individu à améliorer ses capacités à identifier des situations potentiellement à risque.

Ces deux types de recommandations, qui visent à modifier les pratiques et à développer des compétences psychosociales pour faire face aux situations de violence, sont interdépendantes et reposent en partie sur le renforcement du sentiment d'auto-efficacité. Le sentiment d'auto-efficacité renvoie aux croyances d'un individu quant à ses capacités à adopter des comportements particuliers. Parmi les facteurs qui permettent de construire ou de modifier ce sentiment d'auto-efficacité, il y en a trois qui ont été particulièrement mis de l'avant dans la formation *Oméga*. D'abord, les mises en situation répétées permettent de donner aux participants une expérience active de la maîtrise de situations. En effet, « *plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement*

*donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé* » (Rondier, 2004, p. 475). Un autre principe repose sur le phénomène de comparaison sociale. Il s'agit de l'expérience vicariante, vécue par les autres participants dans les mises en situation, qui permet également aux participants de renforcer leurs propres croyances en leurs capacités de réussir. À ce titre, le témoignage des formateurs est un exemple en la matière, car il s'agit de pairs qui travaillent sur le même lieu de travail et qui peuvent témoigner des résultats obtenus depuis la mise en place du programme *Oméga*. Enfin, le troisième facteur qui a été appliqué dans la formation *Oméga* concerne la persuasion verbale à l'aide de descriptions, de conseils et de suggestions. Ainsi, les participants sont amenés à intérioriser le fait qu'ils possèdent la capacité de résoudre une situation de violence potentielle. L'effet persuasif semble particulièrement important du fait de l'expertise et de la crédibilité du formateur, ces deux caractéristiques étant reconnues comme étant indispensables à la persuasion (Girandola, 2003). La combinaison de ces trois facteurs explique en partie les résultats positifs obtenus dans ce présent rapport.

### 5.3. Implications futures

Sans minimiser l'intérêt de nos résultats, notre travail apporte de nouvelles interrogations et ouvre la voie à de nouvelles investigations. Voici quelques questions qui mériteraient d'être approfondies :

- *Quant au type de changements.* Pourquoi la formation *Oméga* permet-elle de modifier certaines croyances et perceptions et pas d'autres ? Quel est l'impact de la formation *Oméga* quant aux pratiques (p. ex. : sur le nombre de contentions) et aux conséquences sur le personnel (p. ex. : sur le nombre de blessures, d'arrêts de travail) ? Quel est le rapport coûts / bénéfices de l'implantation du programme ?
- *Quant aux facteurs explicatifs.* Pourquoi et comment certaines caractéristiques sociodémographiques (p. ex. : sexe, âge) favorisent-elles ou entravent-elles l'impact du programme *Oméga* ? Comment améliorer l'impact de la formation *Oméga* auprès du personnel le plus « résistant » ?

- *Quant à la persistance des changements.* Pourquoi certains changements de perceptions se maintiennent-ils dans le temps et pourquoi d'autres n'apparaissent-ils qu'à moyen terme ? Quels sont les effets du programme *Oméga* à long terme sur les individus et sur l'organisation ?
- *Quant à l'après-formation.* Quelle est l'efficacité de la procédure de retour post-événement ? Cette procédure est-elle suffisante pour rappeler et maintenir le niveau de connaissances quant aux principes acquis durant la formation *Oméga* ?

#### **5.4. Limites de l'étude**

Les résultats de cette présente étude doivent être interprétés avec précaution et à la lumière de certaines limites, notamment d'ordre méthodologique. Le caractère longitudinal de l'évaluation a entraîné un taux d'attrition de près de 30 %. Les motifs d'abandon n'étant pas motivés, il est possible que certaines raisons soient liées à l'impact de l'étude.

Par ailleurs, du fait de la nature du devis d'étude sans groupe témoin, il n'est pas possible de distinguer les changements dans le temps qui s'opèrent indépendamment de la participation au programme *Oméga*. Par exemple, des événements importants de violence sont survenus dans l'Institut entre les mesures à court et à moyen termes (en juin 2013). Or, il nous est impossible d'en mesurer l'impact direct sur les perceptions des participants, notamment relatives à leur sécurité. Il nous est également impossible de savoir comment la participation au programme *Oméga* a influencé (ou non) l'évolution de ces perceptions par rapport aux autres employés de l'Institut. Un devis de nature quasi expérimentale avec la présence d'un groupe témoin aurait permis de répondre à ces questions. Quoiqu'il en soit, le maintien de certains effets à moyen terme, malgré la survenue de ces événements à caractères exceptionnels, indique la robustesse des effets obtenus.

Une autre limite concerne les suivis post-événements. En effet, si cette étude évalue la fréquence de survenue d'actes de violence au cours des trois derniers mois, elle ne comporte pas de mesures sur la tenue ou non de suivis post-événements et a fortiori sur leur impact. Or, ces suivis ont pour objectifs de permettre à l'équipe de discuter de

l'événement et d'analyser si la gestion de l'événement a été faite conformément aux principes *Oméga* et dans quelle mesure elle a été réalisée. Il est donc possible que l'impact de la formation à moyen terme soit lié aux caractéristiques des retours post-événements.

### **5.5. Recommandations**

Les résultats obtenus à la suite de l'évaluation du programme *Oméga* démontrent que la formation permet d'atteindre la plupart des objectifs du programme et qu'elle n'entraîne pas d'effets indésirables relativement aux variables étudiées. Par conséquent, cette évaluation permet de soutenir l'utilisation de ce programme au sein du personnel de santé à risque de l'Institut.

Les résultats de cette étude conduisent à formuler les recommandations suivantes. Il semble pertinent de :

- s'assurer qu'un nombre suffisant de membres du personnel de la santé soit formé au programme *Oméga* dans chaque unité ;
- faire un suivi de l'impact des suivis post-événements sur les perceptions des participants et de la diminution du nombre d'événements de violence ;
- comprendre pourquoi et comment certaines caractéristiques sociodémographiques (p. ex. : sexe, âge) favorisent ou entravent l'impact du programme *Oméga*.

## 6. Bibliographie

- AbuAlRub, R. F., Khalifa, M. F., & Habbib, M. B. (2007). Workplace violence among Iraqi hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 281-288.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2000). Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 668-680.
- Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43.
- Bhui, K., Outhwaite, J., Adzinku, F., Dixon, P., McGabhann, L., Pereira, S., Strathdee, G. (2001). Implementing clinical practice guidelines on the management of imminent violence on two acute psychiatric in-patient units. *Journal of Mental Health*, 10(5), 559-569.
- Bishop, E. R. (2006). *Cognitive factors in NHS staff responses to violence and aggression*. (PhD), University of Leeds, Sheffield.
- Cairney, J., Veldhuizen, S., Wade, T. J., Kurdyak, P., & Streiner, D. L. (2007). Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 111-120.
- Calabro, K., Mackey, T. A., & Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(1), 3-15.
- Carmel, H., & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Psychiatric Services*, 41(5), 558-560.
- Çelik, S., Çelik, Y., Ağırbaş, İ., & Uğurluoğlu, Ö. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54(4), 359-366. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00548.x
- Corrigan, P., Holmes, E. P., Luchins, D., Basit, A., Delaney, E., Gleason, W., . . . McCracken, S. (1995). The effects of interactive staff training on staff programming

- and patient aggression in a psychiatric inpatient ward. *Behavioral Interventions*, 10(1), 17-32.
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64-73. doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x
- De Léséleuc, S. (2004). *Criminal victimization in the workplace*. Ottawa: Statistics Canada.
- Deans, C. (2004). The effectiveness of a training program for emergency department nurses in managing violent situations. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 17-22.
- Drapeau, A., Beaulieu-Prévost, D., Marchand, A., Boyer, R., Préville, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Medical Research Methodology*, 10(68).
- Duhart, D. T. (2001). *Violence in the Workplace, 1993-99*: US Department of Justice, Office of Justice Programs Washington, DC.
- Farrell, G., & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(1), 44-53.
- Flannery, R. B., Anderson, E., Marks, L., & Uzoma, L. L. (2000). The Assaulted Staff Action Program (ASAP) and declines in rates of assault: Mixed replicated findings. *Psychiatric Quarterly*, 71(2), 165-175.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., . . . Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(6), 495-503. doi: 10.1136/oem.2003.007294
- Girandola, F. (2003). *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*. Besançon: Presses universitaires de Franche-Comté.

- Groleau, R., Bigras, M., & Arsenault, G. (2008). Évaluation de la formation « Oméga de base ». *Objectif prévention*, 31(3), 30-31.
- Hoel, H., Sparks, K., & Cooper, C. L. (2001). The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Manchester: International Labour Organization.
- Hogh, A., & Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(3), 291-313. doi: 10.1080/13594320500162059
- ILO. (2003). Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Geneva: International Labor Organization.
- Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J.-B. (2004). Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- Kairouz, S., Nadeau, L., Boyer, R., Perreault, M., & Lesage, A. (2007). Troubles mentaux, consommation d'alcool et de drogue et autres problèmes liés à la santé mentale : Résultats de l'ESCC 1.2 au Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., & al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., & al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60, 184-189.
- Kowalenko, T., Cunningham, R., Sachs, C. J., Gore, R., Barata, I. A., Gates, D., . . . McClain, A. (2012). Workplace Violence in Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(3), 523-531. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.056>
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>.
- Leka, S., Jain, A., & World Health Organization. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview.

- Lesage, A., Kairouz, S., Nadeau, L., Boyer, R., & Perreault, M. (2007). Consommation de médicaments et utilisation des services en lien avec un problème émotif ou de santé mentale : Résultats de l'ESCC 1.2 au Québec.: Institut de la statistique du Québec.
- Martin, K. H. (1995). Improving staff safety through an aggression management program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(4), 211-215.
- McGowan, S., Wynaden, D., Harding, N., Yassine, A., & Parker, J. (1999). Staff confidence in dealing with aggressive patients: a benchmarking exercise. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8(3), 104-108. doi: 10.1046/j.1440-0979.1999.00140.x
- Peek-Asa, C., Casteel, C., Allareddy, V., Nocera, M., Goldmacher, S., OHagan, E., . . . Harrison, R. (2009). Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Archives of psychiatric nursing*, 23(2), 166-176.
- Piquero, N. L., Piquero, A. R., Craig, J. M., & Clipper, S. J. (2013). Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 383-394.
- Robitaille, M. J. (1999). Oméga: apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif prévention*, 22(4), 8-9.
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33(3), 475-476.
- Runyan, C. W., Zakocs, R. C., & Zwerling, C. (2000). Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(4), 116-127.
- Ryan, E. P., Aaron, J., Burnette, M. L., Warren, J., Burket, R., & Aaron, T. (2008). Emotional responses of staff to assault in a pediatric state hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 36(3), 360-368.
- Schoeb, J.-P. (2013). La formation Oméga : Une réponse sécuritaire face à des comportements agressifs. *Défi jeunesse*, 20(1), 6-8.
- Tragno, M., Duveau, A., & Tarquinio, C. (2007). Les violences et agressions physiques au travail: Analyse de la littérature. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 57(4), 237-255.

- Ünsal, A., Baysan Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., . . . Tasbasi, F. (2012). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(10), 882-889. doi: 10.1111/jpm.12027
- Veldhuizen, S., Cairney, J., Kurdyak, P., & Streiner, D. L. (2007). The sensitivity of the K6 as a screen for any disorder in community mental health surveys. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 256-259.
- Wassell, J. T. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47(8), 1049-1055. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2008.12.001>

L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal offre des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie. Chef de file dans son domaine, l'établissement a mis en place un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de sa clientèle.

À la fine pointe des connaissances, le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal est le plus important lieu de recherche en santé mentale dans le milieu francophone canadien. Il regroupe le plus important nombre de chercheurs en santé mentale des facultés de médecine, des arts et des sciences et des sciences infirmières de l'Université de Montréal et d'autres universités.

[iusmm.ca](http://iusmm.ca)

## Collections



Institut universitaire  
en santé mentale  
de Montréal

APPRIIA  
Université  
de Montréal