

Agression en milieu psychiatrique fermé : identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants

Identification of triggers for aggression against staff in multiple forensic psychiatric units

R. Groleau¹
J. Da Silva²
Guerreiro

- ¹ Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
² Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
Centre de recherche de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Résumé

Cette étude vise l'identification des déclencheurs qui précèdent les agressions survenues dans un hôpital psychiatrique fermé. Une analyse de contenu de 140 rapports d'incident visant l'identification du déclencheur qui précédait immédiatement les événements d'agression survenus entre 2012 et 2017 a été effectuée. Avec un accord interjuge de 0,87, les résultats concordent avec ceux retrouvés dans des études précédentes. Plus de 37 % des agressions surviennent à la suite d'une intervention verbale d'un intervenant, alors qu'un peu plus de 54 % ont lieu à la suite d'un contact physique entre un intervenant et un patient. Moins de 9 % des agressions subies par le personnel sont liées à des événements où il a été impossible d'observer un déclencheur. Ces résultats sont discutés dans le cadre d'une approche interactionnelle sur l'agression en psychiatrie légale et ils permettent de proposer des pistes pour réduire le risque d'agression.

Mots-clés : psychiatrie légale, déclencheurs avant l'agression, approche interactionnelle, milieu thérapeutique.

Abstract

The purpose of this research was to identify prompting observable behaviours that preceded patients' aggressive behaviour in 14 forensic psychiatric units. A deductive content analysis of 140 aggression incident reports occurring between 2012 and 2017 was done. The results are comparable to those of previous studies: 37,1 % of the incidents analyzed were immediately preceded by staff's verbal interventions, such as staff's requests to the patient or staff's refusal to acquiesce to a patient's request. In 54 % of the incident reports, a physical contact between staff and patient was the identified trigger for aggression. In less than 9 % of the incidents, no observable trigger could be identified. We discuss our results in reference to an interactional approach to aggression in forensic psychiatry that takes into consideration the treatment environment

Correspondance :

Robert Groleau

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

10905 Henri-Bourassa Est
Montréal (Québec) H1C 1H1

rgroleau@ssss.gouv.qc.ca

and the patient's individual characteristics to suggest concrete intervention strategies that could reduce the risk of aggression..

Keywords: forensic psychiatry, triggers for aggression, interactional approach, the-rapeutic setting.

Introduction

Selon Statistique Canada, 31 % des agressions recensées en milieu de travail se sont produites dans les services sociaux ou les milieux de soins de santé (De Léséleuc, 2004). Le personnel des hôpitaux psychiatriques est particulièrement victime de ces agressions, tant au Canada, aux États-Unis qu'en Europe (Gerberich et al., 2005; Martinez, 2016; Schuwey-Hayoz et Needham, 2006; Van Leeuwen et Harte, 2017). Le risque de se faire agresser est similaire pour les intervenants qui pratiquent en milieu psychiatrique général que pour ceux qui travaillent en psychiatrie légale, soit dans les hôpitaux à sécurité maximum (Galappathie, Khan et Hussain, 2017; Linhorst et Scott, 2004; Tengström et Hodgins, 2002).

Dans une revue systématique portant sur la violence en milieu de travail, Lanctôt et Guay (2014) identifient plusieurs conséquences physiques, psychologiques et sociales liées aux agressions subies par le personnel qui travaille dans les milieux de soins de la santé. Du point de vue psychologique, ces agressions sont susceptibles d'engendrer des symptômes de stress post-traumatique, dont une augmentation de l'anxiété et une réduction de la satisfaction au travail (Hogh et Viitasara, 2005; Lanctôt et Guay, 2014; Lee, Daffern, Ogloff et Martin, 2015). Plusieurs études notent aussi une augmentation de la peur chez les intervenants qui ont été victimes d'une agression au travail, ce qui peut modifier leur perception de la clientèle et leur conception de la relation d'aide (Fernandès et al., 1999; Philipps, 2016), ce qui semble avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins offerts aux patients (Eker, Ozder, Tokaç, Topçu et Tabu, 2012; Lanctôt et Guay, 2014). Chez plusieurs intervenants, ce sentiment d'insécurité est exacerbé par la perception que les agressions surviennent sans cause et de façon imprévisible (Baba, 2014; Bigwood et Crowe, 2008; Duxbury, 2002).

Les agressions dans le milieu de la santé sont un problème majeur, c'est pourquoi il est important d'étudier ce phénomène afin d'aider les intervenants à mieux comprendre les causes possibles qui augmentent le risque d'agression et à identifier les déclencheurs qui les précèdent, afin de mieux gérer le risque d'une éventuelle agression.

Trois approches pour comprendre l'agression contre les intervenants en psychiatrie

Les études sur la prévention de comportements violents en milieu hospitalier psychiatrique comprennent trois approches principales : la première s'intéresse davantage aux facteurs externes de l'environnement où se produit l'agression, la seconde se concentre sur les caractéristiques de l'agresseur et la troisième explore l'agression en psychiatrie à partir des interactions entre les patients et les intervenants (Björkdahl, Hansebo et Palmstierna, 2013; Duxbury, Björkdahl

et Johnson, 2006). Les études qui ont considéré les facteurs externes soulignent que l'organisation de l'environnement où l'on prodigue les soins peut favoriser la réduction des agressions (Ulrich, Lennart et Stefan, 2012). Ces études font ressortir le fait que certains aspects, tels que l'espace restreint, la surpopulation de l'unité de soins, le bruit ou l'absence d'intimité, peuvent être une source de stress pour les patients et augmenter le risque d'agression (Ng, Kumar, Ranclaud et Robinson, 2001; Ulrich, Lennart et Stefan, 2012). Toutefois, selon Jansen, Middel, Dassen et Reijneveld (2006), ces facteurs environnementaux plutôt statiques ne peuvent être considérés sans tenir compte des caractéristiques du personnel et de celles des patients.

La deuxième approche s'intéresse aux caractéristiques individuelles des patients, associées à la survenue de comportements agressifs : le sexe, l'âge, le statut social, le diagnostic, certains symptômes psychiatriques, le fait d'être hospitalisé contre son gré ou encore l'historique de violence et de consommation de substances (Amore et coll., 2008; Felthous, 2008; Iozzino, Ferrari, Large, Niessen et Girolamo, 2015; McNeil, Eisner et Binder, 2000). De façon générale, ces études suggèrent que ces caractéristiques sont parmi les meilleurs prédicteurs de l'agression. D'autres auteurs ont aussi fait ressortir l'implication de « signes neurologiques et neuropsychologiques d'anomalies cérébrales structurales » (Joyal, 2005, p.32) chez des patients institutionnalisés et souffrants de schizophrénie dans l'apparition de comportements violents (voir aussi Krakowski et Czobor, 1994; Volavka, 2002). Toutefois, dans un hôpital psychiatrique à sécurité maximum, ce type d'indicateurs ajoute peu d'information qui pourrait aider le personnel à gérer le risque de se faire agresser (Douglas et Skeem, 2005; Ogloff et Daffern, 2006). D'ailleurs, McDermott, Edens, Quanbeck, Busse et Scott (2008) et Knezevic et al. (2015) suggèrent que le lien entre les agressions en milieu institutionnel et les caractéristiques cliniques des patients, comme la durée de la maladie et le nombre d'hospitalisations, est plutôt faible. Ces auteurs suggèrent plutôt de s'intéresser à des facteurs dynamiques et au contexte dans lequel surviennent ces agressions pour diminuer ce risque (McDermott et al., 2008; Dack, Ross, Papadopoulos, Stewart et Bowers, 2013).

La troisième approche à la prévention de l'agression en milieu hospitalier prône que, pour mieux comprendre ce phénomène, on doit prendre en considération les interactions entre le personnel et les patients, en tenant compte des caractéristiques individuelles de chacun et celles du milieu (Whittington et Richter, 2005). Plusieurs agressions surviendraient, selon ces auteurs, lorsque les patients perçoivent les interventions du personnel de façon négative ou coercitive. Les interventions qui ont été identifiées, dans les écrits scientifiques, comme des déclencheurs potentiels de l'agression sont les demandes ou les refus faits au patient ainsi que celles qui impliquent un contact physique avec lui. Cela ne signifie évidemment pas que chaque occasion où un intervenant fait une demande ou un refus à un patient se termine par une agression. Toutefois, ce type d'interactions entre les patients et les intervenants crée des situations où les patients sont susceptibles d'interpréter ces interventions de manière négative ou coercitive et d'y réagir de façon agressive.

Un avantage de l'approche interactionnelle est la possibilité de prévenir des comportements violents. Par exemple, à partir de l'identification des interventions qui sont les plus susceptibles de déclencher un comportement d'agression, il devient possible de mieux préparer les équipes de santé mentale à utiliser des interventions qui peuvent réduire le risque de se faire agresser (Daffern, Ferguson, Ogloff, Thomson et Howells 2007; Duxbury, 2002; Duxbury et Whittington, 2005).

Alors que plusieurs études soulignent le nombre croissant d'agressions subies par le personnel soignant qui travaille dans les hôpitaux psychiatriques, très peu précisent les déclencheurs de ces agressions dans une perspective interactionnelle et, à notre connaissance, aucune n'a été effectuée selon cette approche au Québec. Repérer les interventions à haut risque et préciser les modes optimaux d'intervention peut contribuer à réduire le risque d'agression contre les intervenants (Bowers et al., 2014). C'est pourquoi la présente étude a pour objectif d'identifier les déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants qui travaillent en situation de vécu partagé en psychiatrie légale. À partir des études précédentes sur l'identification des déclencheurs avant les agressions, nous émettons l'hypothèse que, dans la majorité des incidents d'agression étudiés, il est possible d'identifier un déclencheur observable avant l'agression (Quanbeck, McDermott, Lam, Eisenstark et Scott, 2007; Whittington et Wykes, 1996). Compte tenu du fait que pour plusieurs membres du personnel ces agressions sont perçues comme imprévisibles (Baba, 2014), l'identification des déclencheurs qui précèdent ces événements est essentielle pour permettre aux intervenants de garder le sentiment qu'ils peuvent demeurer en contrôle face à ce type de situations et de réduire leur sentiment de vulnérabilité.

Méthode

Au cours de cette section, nous présentons la clientèle desservie et les équipes qui y travaillent. La stratégie utilisée pour l'analyse des événements d'agression sera ensuite décrite.

Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel¹ (INPL Philippe-Pinel)

L'INPL Philippe-Pinel est un hôpital psychiatrique à sécurité maximum qui reçoit principalement des patients reconnus non criminellement responsables d'un délit (INPL, Philippe-Pinel 2019). L'institut compte 267 lits répartis sur 14 unités qui peuvent recevoir entre 12 et 21 patients ainsi qu'un secteur où se trouvent les services externes. Les unités se répartissent selon 6 types de programmes : l'admission, l'expertise, les adolescents, les femmes purgeant une sentence fédérale, le traitement et la réadaptation adulte. La majorité des patients ont un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie et parmi ces patients, plusieurs présentent des idées délirantes de persécution souvent en comorbidité avec d'autres troubles, dont un trouble de la personnalité ou un trouble lié à l'utilisation de substances.

1. L'Institut Philippe-Pinel de Montréal a changé de nom pour l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel en janvier 2019.

Composition des équipes de soins

Trois équipes d'intervenants sont concernées par cette étude. Une équipe de professionnels travaillent dans chacune des unités. Ces équipes sont composées de deux cadres cliniques qui assurent la gestion du programme, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un criminologue, ainsi que des infirmières, des éducateurs spécialisés (sociothérapeutes) et des agents d'intervention (AGI-unité) qui travaillent en situation de vécu partagé, directement auprès de la clientèle au quotidien. Une équipe d'AGI travaille également au centre de prévention et d'urgence (CPU). Ce personnel intervient en situation d'urgence ou est appelé pour soutenir les intervenants des unités et intervenir en prévention auprès de patients qui présentent un risque d'agression. Une troisième équipe d'intervenants est composée de gardes qui accompagnent les patients à l'extérieur et assurent la sécurité des professionnels qui travaillent aux services externes.

Base de données

L'identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants en psychiatrie légale a été faite à partir des rapports d'analyse factuelle produits à la suite des épisodes d'agression envers un intervenant.

La loi sur la santé et la sécurité au travail créée en 1979 (Gouvernement du Québec, 2019) oblige les organisations à « prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur ». L'INPL Philippe-Pinel a créé un programme d'analyses factuelles en novembre 2011 pour assumer cette responsabilité. L'objectif des analyses factuelles est de revenir sur les faits qui entourent l'agression commise à l'endroit d'un intervenant afin d'en tirer un apprentissage et de réduire le risque d'agression. La décision d'organiser une analyse factuelle se prend à partir du moment où, à la suite d'un événement, un intervenant subit une lésion physique qui occasionne une perte de temps de travail ou l'amène à quitter son quart de travail. Les personnes présentes lors de l'événement sont alors invitées à participer à l'analyse factuelle. Cette séance d'analyse se réfère à l'approche Oméga (Robitaille, 1999) en utilisant les concepts de situation de travail, d'appréciation du degré d'alerte et de la grille du potentiel de dangerosité pour décortiquer la situation. La séance est habituellement animée à l'intérieur d'un mois après l'épisode d'agression et se termine en invitant les participants à formuler des recommandations concernant l'événement. La durée de cette rencontre est d'une heure trente minutes et elle est animée par deux formateurs Oméga, dont le premier auteur, certifiés par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). À la suite de cette analyse factuelle, les formateurs Oméga rédigent des recommandations qui sont retournées aux gestionnaires concernés afin qu'ils assurent la communication avec le personnel de leur unité. L'ensemble des recommandations est utilisé pour faire de la formation et rédiger des procédures d'intervention sécuritaire.

Analyse de contenu

Après avoir obtenu l'autorisation du Comité d'éthique de la recherche de l'INPL Philippe-Pinel et du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

de l'Université du Québec à Trois-Rivières, tous les événements d'agression envers un intervenant de l'INPL Philippe-Pinel survenus sur 14 unités de soins différentes entre janvier 2012 et février 2017 et qui ont entraîné une analyse factuelle ont été colligés. Dans le cadre de cette étude, l'agression est définie comme un geste qui crée une lésion physique subie par un intervenant et qui occasionne une perte de temps de travail ou l'amène à quitter son quart de travail.

Une analyse de contenu de type déductif (Elo et Kyngäs, 2008) des rapports d'analyse factuelle a été effectuée dans le but d'identifier les déclencheurs de l'agression contre les intervenants à partir d'une grille de déclencheurs construite durant les analyses exploratoires des données et qui sera décrite plus loin (voir annexe).

Cette analyse exploratoire s'est concentrée sur l'identification des déclencheurs qui précèdent immédiatement les agressions contre les intervenants, par exemple le « refus » d'une demande faite par le patient ou le « contact physique » lors d'une intervention à la chambre pour lui administrer une injection à la demande du psychiatre. La définition des catégories s'est inspirée de la recension des écrits présentée dans l'introduction, plus spécifiquement les textes portant sur l'approche interactionnelle qui tentent d'expliquer l'agression en milieu psychiatrique à travers les relations interpersonnelles établies entre les intervenants et les patients. Parmi les auteurs qui travaillent selon cette dernière approche, certains se sont intéressés aux déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants (Daffern et Howell, 2002; Daffern, Howells et Ogloff, 2007; Quanbeck et al., 2007; Whittington et Wykes, 1996). Ces auteurs ont relevé les déclencheurs suivants : refus, demande, contact physique.

L'analyse des rapports d'analyse factuelle s'est concentrée sur la section nommée « description de la situation ». Il s'agit de la toute première section où les circonstances de l'événement sont décrites en détail. Dans cette section, les auteurs décrivent, à partir de l'information récoltée durant l'analyse factuelle, les caractéristiques du patient, le comportement qu'il a eu tout juste avant l'agression et les réactions des intervenants pour s'ajuster à ce comportement. Elle inclut également la description détaillée de l'agression ainsi que la réponse des intervenants durant et après l'agression.

L'analyse de contenu des rapports s'est déroulée en quatre phases. Les auteurs ont effectué une première lecture de plusieurs rapports d'analyse factuelle, soit la section « description des événements », dans le but de se familiariser avec le langage et se faire une idée générale du matériel à analyser. Deuxièmement, cinq rapports sélectionnés au hasard ont été analysés par les deux auteurs. Au cours de la troisième phase, 10 rapports ont été analysés séparément par chacun des auteurs en vue de s'assurer de la validité du processus de codage des différents rapports. Cette troisième phase a mené à des révisions de la grille de cotation et à une meilleure définition de chacun des déclencheurs. Par exemple, pour définir le déclencheur d'une agression survenue après une demande faite au patient, dans un premier temps, « demande » a été le déclencheur retenu. Néanmoins, pour prendre en considération plusieurs situations d'agression qui ont eu lieu à la suite d'une

demande faite par le personnel au patient de réintégrer sa chambre, un nouveau déclencheur a été créé : « demande de retour en chambre ».

Dans cette phase d'ajustement de la grille de cotation, les différences d'opinions par rapport à la catégorisation ont été discutées jusqu'à ce que les deux auteurs arrivent à un consensus. Un manuel avec les définitions de chaque déclencheur a été rédigé avec des exemples illustrant comment ils se manifestent dans les rapports d'analyse factuelle (voir en annexe les déclencheurs et leurs définitions). Dans cette phase préparatoire, les auteurs ont fait également un suivi de leurs questionnements par rapport à la catégorisation des rapports, en écrivant des mémos dans le but de raffiner l'analyse des rapports et de documenter leurs constats sur la base de données dans son ensemble, comme cela est suggéré par Clarke (2005). Dans la quatrième étape, un échantillon de 15 rapports a été analysé par deux assistants de recherche, après avoir reçu une formation d'une demi-journée préparée par les deux auteurs, à partir du manuel élaboré lors de la troisième phase de l'analyse de contenu.

Les assistants de recherche ont commencé par analyser 5 rapports individuellement, suivi d'une discussion qui leur a permis de se familiariser avec le rôle joué par les différents intervenants œuvrant à l'INPL Philippe-Pinel et de mieux cibler le déclencheur avant l'agression. Un des aspects du travail de codification clarifié au cours de cette étape de l'analyse de contenu était d'identifier, à partir de la description des interactions entre le patient et le personnel, le dernier déclencheur avant l'agression.

Par exemple, dans l'une des situations analysées, deux intervenants interagissent en matinée avec un patient de façon verbale lorsqu'il refuse la demande de prendre sa médication. Le patient réagit aux informations que lui donne l'infirmière sur l'importance de la médication dans son plan de traitement, mais l'équipe a noté que la tension entre le patient et l'équipe avait diminué par la suite. La relation entre le patient et les intervenants redevient tendue pendant que les intervenants servent le repas. Après avoir terminé le repas, le patient fait une demande au poste de la console pour faire un appel téléphonique qui lui est refusée, car la demande a été faite en dehors des heures destinées à cet effet. Ceci amène le patient à élever la voix et à menacer un intervenant. Lorsqu'on lui demande de réintégrer sa chambre pour se calmer, le patient se dirige vers sa chambre, mais après quelques pas il se retourne subitement et frappe au visage l'un des intervenants qui l'escortaient. Dans cette situation, la « demande de retour en chambre » a été le déclencheur retenu, pourtant toutes les interactions qui ont été décrites sont susceptibles d'avoir contribué à l'épisode d'agression : demande (prise de la médication) et refus (appel téléphonique).

Après cette période d'entraînement à l'usage du protocole de cotation, les 10 rapports restants ont été analysés par les assistants de recherche et le pourcentage d'accord a été jugé très bon (ICC =.80). Après cette première étude qui a permis aux codeurs de se familiariser avec le matériel, le restant des rapports d'analyse factuelle a été analysé. Le coefficient kappa calculé pour l'ensemble de l'échantillon de 140 rapports fut considéré comme excellent (Kappa=.869, p=.036).

Résultats

Au cours de cette section, nous présentons les titres d'emploi des intervenants blessés, le type de blessures subies, la répartition des agressions selon les unités et les déclencheurs qui ont précédé les agressions.

Victime des agressions

Le tableau 1 présente la distribution des intervenants victimes des 140 agressions survenues entre janvier 2012 et février 2017. Une partie de ce personnel travaille quotidiennement dans les unités auprès des patients, alors qu'une autre partie travaille dans un service qui vient soutenir l'unité de façon sporadique.

Tableau 1. Distribution des victimes des agressions (N = 140)

Personnel victime des agressions	n	%
Sociothérapeutes	74	52,9 %
AGI unité	23	16,4 %
Infirmiers	20	14,3 %
AGI du CPU	19	13,6 %
Gardes	4	2,8 %
Total	140	100 %

Les AGI-unité, les sociothérapeutes et les infirmières sont le personnel qui travaille en situation de vécu partagé directement auprès des patients dans les unités. Ces intervenants représentent près de 84 % des victimes. Les AGI du CPU, qui sont le personnel qui intervient en prévention auprès d'un patient agressif ou agité, ou encore lors d'un appel d'urgence à la suite d'une agression sur les unités, comptent pour moins de 14 % des victimes. Les gardes ne représentent que 2,8 % des personnes qui ont subi des blessures à la suite d'une agression.

Type d'agression survenue lors des événements

La lecture des récits d'événement permet d'identifier les types de blessures subis par les intervenants. Dans plus de 77 % des événements (n=108), les intervenants se sont blessés à la suite d'une agression volontaire de la part du patient. Les agressions sont, par exemple, des coups de poing ou de pied au visage, à la tête ou ailleurs sur le corps (n=58), cracher (n=10), mordre (n=9), lancer un objet (n=6), charger (n=5), agripper le vêtement (n=4), griffer (n=3), toucher une partie intime du corps (n=1) ou étrangler (n=1). Onze gestes d'agression n'ont pu être documentés. Dans 23 % des événements (n=32), le personnel s'est blessé alors qu'il intervenait auprès d'un patient en résistance active pour le contrôler physiquement. Par exemple, l'intervenant s'étire un muscle ou reçoit un coup de la part d'un collègue de travail en tentant d'immobiliser un patient, ou encore, reçoit un coup d'un patient qui se débat pour se défaire d'une intervention physique, sans que ce geste soit dirigé spécifiquement contre la personne.

Distribution de la fréquence des unités où les événements sont survenus

Bien que l'unité des adolescents ait été fermée pendant six mois pour des travaux de réorganisation, elle compte pour plus de 25 % des blessures qui ont causé un arrêt de travail à l'INPL Philippe-Pinel. Cette même unité compte autant d'événements que les deux unités d'expertises réunies et ces trois unités cumulent 50 % des événements qui ont causé des lésions physiques aux intervenants. Les unités d'admission et de réadmission, comptent chacune 4,3 % des événements, soit l'équivalent de ce que l'on retrouve sur l'ensemble des unités de réadaptation, sauf une qui enregistre un 10,7 % des blessures subies. Les services externes de l'INPL Philippe-Pinel cumulent moins de 2 % des événements d'agression.

Lieux où sont survenues les agressions

Près de 34 % des agressions sont survenues dans le corridor qui mène aux chambres, 29 % dans la chambre d'un patient ou à la salle d'isolement, 19 % dans la salle commune alors que 18 % des agressions sont survenues dans d'autres lieux qui correspondent à 13 différents endroits de l'Institut, dont, la cour extérieure d'une unité, le gymnase, la salle de télévision et la cuisine.

Les déclencheurs qui précèdent l'agression

Le déclencheur correspond à l'intervention qui survient immédiatement avant que n'éclate la première agression du patient. Le tableau 2 présente trois catégories de déclencheurs qui sont apparues dans les 140 récits d'événements. Le contact physique avec un patient a été observé dans 54,3 % des événements (n=76). Les déclencheurs provenant d'une intervention verbale comme un refus, une demande de retour en chambre ou un autre type de demande comptent pour 37,1 % (n=52) des événements. Finalement, dans 8,6 % (n=12) des situations, aucun déclencheur n'a pu être observé immédiatement avant l'agression.

Tableau 2. Distribution du déclencheur qui précède immédiatement l'agression (N = 140)

Déclencheur	n	%
Contact physique	76	54,3 %
Demande retour en chambre	24	17,1 %
Autre demande	19	13,6 %
Déclencheur non observable	12	8,6 %
Refus	9	6,4 %
Total	140	100 %

Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier les déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants en psychiatrie légale partant de l'hypothèse que, dans la majorité des incidents d'agression étudiés, il est possible d'observer un déclencheur avant l'agression. Les données recueillies confirment cette hypothèse, ce qui permet d'atténuer la perception partagée par certains intervenants que les agressions surviennent de façon imprévisible (Baba, 2014).

Le contact physique à titre de déclencheur

Dans plus de la moitié des événements d'agression recensés (54,3 %), un contact physique précédait immédiatement l'agression. Ces données confirment les résultats obtenus par Whittington et Wykes (1996) qui soulignent que 60 % des événements surviennent à la suite d'un contact physique. Les blessures qui en découlent se produisent souvent dans les situations où le patient est retourné à sa chambre ou transféré de sa chambre vers la salle d'isolement parce qu'il est trop agité. Les contacts physiques se produisent aussi dans la salle d'isolement ou dans la chambre du patient pour lui appliquer les mesures de contention ou pour lui administrer une injection contre son gré.

L'unité des adolescents est celle où se retrouvent le plus d'événements et c'est l'endroit où le contact physique précède le plus souvent un geste d'agression qui occasionne une blessure aux intervenants. Parmi les interventions physiques effectuées sur cette unité, plusieurs ont été nécessaires pour séparer deux patients qui se bagarraient ou encore dans un contexte où l'on demandait au patient de regagner sa chambre. Les patients admis dans cette unité sont souvent des jeunes pour lesquels les centres jeunesse n'ont pas les ressources suffisantes pour poursuivre leur traitement, étant donné les comportements violents qu'ils présentent. Plusieurs de ces patients présentent un trouble de la conduite souvent associé à un déficit de l'attention/hyperactivité ou un trouble oppositionnel avec provocation, ce qui peut augmenter le risque d'un mauvais pronostic lié aux agressions (American Psychiatric Association, 2015; Baeza et al., 2013; Jacob, Seshadri, Girmaji, Srinath, et Sagar, 2013).

Parmi les unités de réadaptation qui accueillent des adultes, l'une d'entre elles enregistre plus d'incidents que les autres. Dans cette unité, neuf intervenants se sont blessés à la suite d'un contact physique. La base de données utilisée ne nous permet pas de le confirmer, mais il est possible que, dans cette unité, un ou deux patients soient impliqués dans plusieurs événements d'agression. Cette situation se retrouve dans plusieurs établissements de psychiatrie légale où un petit groupe de patients est plus souvent impliqué dans un grand nombre d'événements (Bjøkly, 1999; Daffern, Mayer et Martin, 2004; Lussier, Verdun-Jones, Deslauriers-Varin, Nicholls et Brink, 2010).

L'intervention verbale à titre de déclencheur

Dans cette étude, les déclencheurs qui proviennent d'une intervention verbale sont principalement une demande faite par un intervenant ou le refus d'un

intervenant à répondre à la requête d'un patient. Les refus comptent pour 6,4 % des événements d'agression et lorsque l'on regroupe la demande de retour en chambre avec la catégorie « autre demande », l'intervention « demande » compte pour 30,7 % des agressions. Ces derniers résultats sont comparables à ceux obtenus dans d'autres études. Par exemple, Whittington et Wykes (1996) ont identifié dans leur étude que 38 % des agressions (N=63) se sont produites après qu'un intervenant ait fait une demande à un patient. Quanbeck et al. (2007) présentent des résultats similaires dans leur recherche. Lorsque l'on ne tient compte que des 275 événements d'agression contre un membre du personnel, les auteurs indiquent que 43 % des agressions surviennent à la suite d'une demande. Daffern, Howell et Ogloff, (2007) obtiennent sensiblement les mêmes résultats : dans leur étude, 43,9 % des événements (N=502), la fonction de l'agression était d'éviter de répondre à la demande d'un intervenant.

Ces résultats renforcent l'idée que l'intervention « demande » est un déclencheur qui précède fréquemment une agression. Comme mentionné dans la section méthode, au moment de l'analyse de contenu il s'est avéré nécessaire de séparer les demandes de retour en chambre des autres types de demandes. En effet, parmi l'ensemble des demandes répertoriées dans la présente étude, la « demande de retour en chambre » a précédé le plus souvent les gestes d'agression.

La demande de retour en chambre à titre de déclencheur

Dans 17,1 % des situations, l'agression survient à la suite d'une demande de retour en chambre, une mesure de contrôle qui s'effectue au moment où le patient présente une tension émotionnelle importante et un risque d'agression imminent pour le personnel. Selon les orientations ministérielles (Ministère de la santé et des services sociaux, (MSSS), 2015), la « demande de retour en chambre » est considérée comme un isolement et cette intervention ne peut s'effectuer « que dans les cas où l'évaluation du comportement d'une personne signale un danger imminent pour elle-même ou pour autrui » (MSSS, 2015, p.5). Souvent, cette demande survient lorsqu'un patient est agité et présente un discours désorganisé et agressif qui peut se manifester par des cris et des menaces (Larue, Piat, Racine, Ménard et Goulet, 2010). Dans ce contexte, la demande de retour en chambre a souvent pour objectif un arrêt d'agir pour le patient afin de l'amener à recouvrer son calme et de préserver la sécurité du personnel et des autres patients. La mise en isolement d'une personne est une intervention à haut risque qui doit s'effectuer avec tout le soutien sécuritaire requis. Les intervenants qui font face à un patient qui présente un risque d'agression imminent ont avantage à utiliser une intervention centrée sur le vécu émotionnel de la personne pour résoudre la situation, ou si le risque de lésion persiste, gagner du temps et attendre le soutien nécessaire avant de faire une demande de retour en chambre. Ce qui n'est pas toujours la pratique. Il arrive également que des demandes de retour en chambre soient faites dans des situations où le patient vit une tension émotionnelle sans nécessairement présenter un risque d'agression imminent. Ce type de situation, en plus de contrevenir aux orientations ministérielles, est susceptible de déclencher une agression qui pourrait être évitée. Très peu d'études sur l'agression en psychiatrie légale ont précisé les circonstances dans lesquelles surviennent ces agressions et soulignées le

risque associé aux demandes de retour en chambre. C'est l'une des principales contributions de la présente étude.

L'absence de déclencheur observable précédant l'agression

Les événements d'agression qui surviennent sans que l'on puisse observer un déclencheur avant l'agression correspondent davantage aux situations que l'on peut qualifier d'imprévisibles. Whittington et Wykes (1996) font l'hypothèse que les agressions qui sont survenues sans que l'on puisse observer un déclencheur impliquent la plupart du temps un patient dont l'état mental est instable et qui présente, par exemple, des symptômes centrés sur des thèmes de persécution. Ces situations se retrouvent dans 14 % des événements d'agression répertoriés par Whittington et Wykes (1996), alors que Quanbeck et al. (2007) arrivent à 17 % des agressions. Dans la présente étude, il y a 8,6 % des agressions pour lesquelles les évaluateurs n'ont pu noter un déclencheur observable avant l'agression.

Les unités d'expertise sont celles où l'on retrouve le plus d'incidents sans que l'on puisse identifier au moins un déclencheur avant l'agression. Ces unités reçoivent des patients présentant des symptômes aigus de maladie mentale et ceux-ci sont plus susceptibles d'être agressifs durant cette phase (Daffern, Mayer et Martin, 2004). Ils sont hospitalisés pour une courte période afin de déterminer s'ils sont aptes à subir leur procès ou pour évaluer s'ils peuvent être tenus responsables du délit pour lequel ils sont accusés. Il arrive aussi qu'en début de traitement le patient refuse sa médication ou que celle-ci n'ait pas encore contribué à la diminution des symptômes.

Le fait de ne pas pouvoir observer directement un déclencheur qui aurait précédé l'agression rend difficile non seulement son étude, mais aussi la prévention de ce type d'agressions. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Il est possible que les patients qui présentent des symptômes psychotiques sévères interprètent de façon aversive des déclencheurs neutres présents dans l'environnement. Link et Stueve (1994) suggèrent que les patients présentant des symptômes délirants qui attribuent le contrôle de leurs pensées à des forces extérieures sont probablement les plus enclins à interpréter des déclencheurs neutres comme aversifs. De leur côté, Ullrich, Keers et Coid (2013) précisent que ce n'est pas l'idée délirante qui prédit le mieux l'agression, mais plutôt la colère que cette idée délirante génère.

Il est néanmoins important de retenir dans ces résultats que seule une faible proportion des événements peut être qualifiée d'imprévisible alors que dans la majorité des situations on peut observer un contact physique, une intervention de demande ou de refus avant l'agression. Cela signifie que dans la majorité des événements d'agression, on peut identifier ce qui peut potentiellement devenir un déclencheur d'agression et mieux se préparer pour choisir des interventions susceptibles de réduire le risque de se faire agresser. Ceci est le postulat de l'approche interactionnelle pour l'étude de l'agression en psychiatrie légale.

L'approche interactionnelle

Les déclencheurs qui précèdent les agressions identifiées dans les rapports d'incidents de la présente étude et dans les recherches antérieures surviennent dans le cadre d'interactions entre patients et intervenants en situation de vécu partagé dans le milieu thérapeutique. Soulignons que les refus et les demandes faites tant par les patients que par les intervenants se produisent en grand nombre dans la vie quotidienne d'une unité en psychiatrie légale, sans que cela dégénère en agression à chaque occasion. Ainsi, ce n'est pas parce que les refus et les demandes précèdent les agressions, que ces interventions sont à proscrire. Comme mentionné précédemment, ces interventions sont susceptibles de déclencher des agressions lorsqu'elles sont perçues de façon négative ou coercitive par les patients (Whittington et Richter, 2006). Les aspects qui relèvent de la psychopathologie des patients contribuent vraisemblablement à cette perception négative ou coercitive, mais plusieurs recherches centrées sur l'approche interactionnelle de l'agression en psychiatrie légale avancent l'hypothèse que les difficultés de communication entre patients et intervenants jouent un rôle important.

Dans une étude prospective étalée sur dix ans dans laquelle Bjørkly (1999) a relevé 2021 incidents survenus dans une unité psychiatrique sécuritaire, l'auteur note que 25 % des événements d'agression étaient caractérisés par un problème de communication entre le personnel et le patient. Ce problème de communication est aussi soulevé dans des recherches qualitatives où l'on relève des différences de perception entre le personnel et les patients sur les causes des agressions en milieu hospitalier (Duxbury et Whittington, 2005; Ilkiw-Lavalle et Grenyer, 2003). La plupart de ces recherches indiquent que, du point de vue des intervenants, la cause des agressions se situe sur le plan des troubles mentaux des patients et des symptômes associés et que c'est la médication qui peut le mieux agir pour gérer ce problème. Plusieurs ont aussi la perception que ces agressions sont imprévisibles (Baba, 2014). Les mêmes études relèvent que les patients présentent un autre point de vue. Selon les patients interviewés, le problème se situe au niveau de la qualité de la communication entre le personnel et les patients et la rigidité des règles qui encadrent le milieu thérapeutique (Ilkiw-Lavalle et Grenyer, 2003; Meehan, McIntosh et Bergen, 2006). Ces études font aussi ressortir que les patients ont la perception que le personnel agit de façon paternaliste avec eux (voir aussi Björkdahl, Palmstierna et Hansebo, 2010; Lilja et Hellzén, 2008). Ils ont également la perception que le personnel tente de contrôler l'unité de soins par les règles et l'organisation de la routine (Johansson, Skärsäter et Danielson, 2006). Selon Alexanders et Bowers (2004), les interventions centrées de façon rigide sur les règles peuvent nuire au processus de rétablissement du patient et entraîner des agressions contre les intervenants. En effet, selon Bjørkly (1999), les interventions liées à l'encadrement du patient (« limit setting ») précèdent 64 % des agressions.

Un des avantages de l'analyse des déclencheurs d'agressions en milieu psychiatrique selon l'approche interactionnelle est la possibilité qu'elle ouvre en matière de prévention des comportements violents. C'est dans cette perspective que notre recherche permet de dégager certaines pistes de prévention.

Pistes de prévention

Il serait imprudent de prétendre pouvoir préciser les interventions qui vont prévenir le risque d'agression en psychiatrie de façon définitive. Les récentes revues des écrits scientifiques sur le sujet soulignent que les chercheurs doivent poursuivre les recherches afin de mieux évaluer le risque d'agression dans le milieu thérapeutique et les différentes interventions qui sont proposées pour le prévenir (Hallett, Huber et Dickens, 2014; Gaynes et al., 2017). Toutefois, des pistes de préventions multimodales orientées vers l'amélioration de la communication et la réduction des conflits avec les patients paraissent prometteuses (Bowers, James, Quirk, Simpson, Stewart et Hodsoll, 2015; 2016; Gaynes et al., 2017). Comme cela est suggéré par les recherches antérieures, la façon dont le personnel communique avec les patients au sujet des règles de l'unité de soins est un élément important à tenir compte dans la prévention des agressions. L'application des règles dans un style d'intervention empathique présente moins de risque de susciter la colère, particulièrement chez des patients impulsifs (Lancee, Gallop, McCay et Toner, 1995). Les patients peuvent aussi voir les règles de façon positive s'ils comprennent les raisons qui les justifient et s'ils ont la perception que leur application découle d'une préoccupation pour leur bien-être (Alexander et Bowers, 2004). L'implication du patient dans l'élaboration d'un plan proactif (p. ex. Registered Nurses Association of Ontario, 2012) et les conseils d'unité (Newton et Schieldrop, 2005) qui ont été implémentés à l'INPL Philippe-Pinel, sont des exemples de prévention de l'agression qui tiennent compte de l'importance de la communication entre les patients et les intervenants (voir modèle du patient-partenaire dans la Planification stratégique 2016-2020, IPPM, 2016).

Dans la préparation du plan proactif, l'intervenant accompagne le patient dans l'identification de ses mesures de remplacement. L'objectif est de préparer le patient, lorsqu'il vit des tensions émotives, pour qu'il utilise les mesures de remplacement qu'il aura choisies afin d'éviter qu'il ne présente des comportements qui l'amènent à vivre un isolement ou des mesures de contention (Goulet et Larue, 2016). Par exemple, un patient qui planifie des mesures de remplacement dans son plan proactif est plus susceptible de les mettre en application au moment où il vit une tension émotive et ainsi éviter un comportement qui pourrait entraîner une demande de retour en chambre. Dans une telle situation, le personnel est aussi moins susceptible de demander au patient de retourner à sa chambre, puisqu'il peut, après avoir observé la tension émotive vécue par le patient, lui demander ce qu'il a prévu comme mesure de remplacement dans ce type de situation.

La création des conseils d'unité permet également de travailler en amont les difficultés de communication possibles entre l'équipe et le patient. Le conseil d'unité est un lieu de communication où le patient peut reprendre son rôle citoyen en lui donnant la possibilité de poser des questions sur les règles du milieu, de proposer de nouveaux modes de fonctionnement, de donner son opinion et l'appréciation de son niveau de satisfaction (Groleau, Dodard et Pierre, 2017, 2018).

Les interventions physiques se produisent également dans un contexte d'interaction entre le personnel et les patients. Dans cette perspective, certains auteurs remettent en question l'évaluation des causes qui justifient l'intervention

physique (Stubbs, Leadbetter, Paterson, Yorston, Knight et Davis, 2009). Selon Fish et Culshaw (2005), dans plusieurs situations, l'utilisation d'une mesure de remplacement aurait pu permettre d'éviter ce type d'intervention. Souvent, les intervenants pourraient prendre le temps d'évaluer l'argumentation et le point de vue du patient afin de trouver avec lui une entente mutuelle (ASSTSAS, 2016). Selon Lee, Gray, Gournay, Wright, Parr et Sayer (2003), certains intervenants utilisent trop rapidement ce mode d'intervention coercitif. C'est pourquoi plusieurs auteurs proposent différents types d'interventions qui s'inscrivent dans une approche de désescalade afin de réduire l'utilisation de l'intervention physique.

Les techniques de désescalade sont de plus en plus documentées (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015; Richmond et al., 2012; Spencer et Johnson, 2016). Parmi les premiers auteurs à proposer des stratégies d'intervention pour faire face à l'agressivité, Plante (1985) a développé une approche de pacification des états de crise aiguë. L'auteur a mis en évidence les phases de la crise et il a proposé une technique d'intervention centrée sur le vécu de la personne pour résoudre la situation de crise d'agressivité (ASSTSAS, 2005). Les techniques de désescalade, tout comme l'approche de la pacification, sont des stratégies d'intervention assez simples, qui demandent cependant beaucoup d'habiletés et de confiance pour être appliquées lorsque la personne est en crise (Plante, 2015; Robinson, 2017; Richter, 2006). Par ailleurs, certains auteurs ont fait ressortir certaines caractéristiques des intervenants susceptibles de contribuer à l'escalade de la crise (Haugvaldstad et Husum, 2016). La peur de perdre le contrôle face à un patient agressif peut amener certains intervenants à réagir de façon directive et autoritaire (Kilian, Paul et Berger, 1998). Dans une approche de désescalade ou de pacification, ce n'est pas le contrôle du patient qui importe, mais bien d'être en contrôle de la situation (Johansson, Skärsäter et Danielson, 2006; Richter, 2006) afin d'accompagner le patient dans sa crise (Plante 1985, 2015). Particulièrement avec des patients qui présentent des styles d'interaction hostile, il devient important pour les intervenants d'être conscient de l'impact de leur intervention sur ce type de clientèle et de maintenir une intervention souple et centrée sur le vécu plutôt que sur le comportement (Podobinski, Lee, Hollander et Daffern, 2017).

Les interventions de « demande » et de « refus » s'effectuent souvent dans l'application des règles qui balisent le milieu thérapeutique. Comme cela a été mentionné précédemment, ces interventions peuvent être perçues de façon paternaliste et dans un but de contrôle. Elles sont susceptibles de générer de la colère et agir comme un déclencheur. Selon Daffern, Howells et Ogloff (2007), dans 72,8 % des agressions, le comportement du patient avait pour fonction d'exprimer une colère à la suite d'une demande ou d'un refus. Urheim, Rypdal, Palmstierna et Mykletun (2014) arrivent au même résultat : la motivation la plus fréquente à l'acte d'agression est l'expression de la colère. Selon les auteurs, la colère qui caractérise majoritairement les événements d'agression apparaît souvent dans les situations liées à l'organisation du milieu thérapeutique. Pour les intervenants, il ne s'agit pas de cesser de faire des demandes ou des refus, mais bien d'être conscients que ces interventions sont susceptibles d'augmenter le risque d'agression. L'approche Oméga en vigueur à l'INPL Philippe-Pinel donne des indications sur la manière de formuler une demande de façon à mieux obtenir la collaboration de la personne (ASSTSAS, 2016). Malgré tout, si le patient réagit émotionnellement à une demande ou

un refus, c'est le moment pour l'intervenant d'entrer en pacification pour désamorcer la crise qui se prépare ou résoudre la crise qui s'est enclenchée. Les données de la présente étude, en soulignant le rôle joué par les interactions entre patients et intervenants dans la survenue de l'agression, viennent renforcer l'importance de la pacification et de la désescalade comme stratégies de prévention.

Limites liées à l'approche méthodologique utilisée et pistes pour des recherches futures

Une des limites de cette recherche est liée à la base de données à partir de laquelle l'analyse de contenu a été effectuée. La description des événements qui a été recueillie lors de l'analyse factuelle de l'agression est le résultat d'une entrevue menée par deux professionnels de l'Institut qui ne font pas partie de l'équipe d'intervenants où l'agression est survenue. Toutes les personnes impliquées dans l'événement d'agression sont consultées pour l'analyse factuelle. Cependant, étant donné la difficulté de réunir tous les intervenants, le nombre de personnes qui se présentent à cette réunion est variable. De plus, malgré le fait que les intervenants qui animent cette réunion utilisent une grille d'analyse standardisée, le niveau de détail dans la description des événements peut changer d'un groupe à l'autre et selon le type d'événement où est survenue une agression. Par exemple, le niveau de description d'une situation d'agression, où un intervenant se blesse en recevant un coup de pied au visage par un patient qui se débat lors d'une intervention pour lui faire une injection, est différent d'une situation d'agression qui survient dans le couloir des chambres où un intervenant est agressé par un patient sans que l'on puisse observer un déclencheur avant cette agression. En principe, plus il y a d'intervenants présents à la rencontre d'analyse factuelle, moins il y a de risque qu'il manque des détails pour décrire l'événement.

Le délai entre l'événement d'agression et l'analyse factuelle était aussi variable durant la période de l'étude. Comme l'analyse factuelle est un processus qui repose essentiellement sur le souvenir que les intervenants gardent de l'événement, ceci entraîne un risque que des éléments de la situation d'agression soient oubliés, contribuant ainsi à un manque d'homogénéité dans les événements analysés. Ce risque est particulièrement présent lorsque les intervenants sont invités à décrire ce que le patient a dit et fait lors de l'événement, mais aussi ce qu'ils ont dit et fait à la suite de chacun des comportements du patient.

Les résultats de cette recherche ouvrent des portes à de futures études. Concernant les situations où il est impossible d'observer un déclencheur, il serait pertinent d'explorer, au-delà d'une analyse déclencheur-agression, ce qui a caractérisé le vécu du patient dans l'unité de soins quelques jours avant l'agression. Peut-on identifier, au-delà des 5 déclencheurs utilisés dans la présente étude, d'autres observations documentées dans le dossier du patient qui permettraient de mieux comprendre l'agression? Des recherches comme celles de Link et Stueve (1994) et d'Ullrich, Keers et Coid (2013) sur le rôle joué par le contenu des délires et des symptômes psychotiques sévères dans l'agression en psychiatrie seraient un bon point de départ.

Cette recherche s'est attardée à étudier le phénomène des agressions en milieu hospitalier fermé du point de vue des intervenants. Une autre perspective mériterait d'être abordée dans de futures recherches, soit celle qui consiste à prendre le point de vue du patient dans l'épisode d'agression. Les études qui rapportent que les patients et les intervenants ont des hypothèses différentes pour expliquer les événements d'agression (Ilkiw-Lavalle et Grenyer, 2003; Meehan, McIntosh et Bergen, 2006) soulignent l'importance de prendre en considération le point de vue des patients dans une future recherche en psychiatrie légale.

Cette recherche s'est déroulée dans un milieu sécuritaire. Il pourrait être intéressant de poursuivre ce type de recherche dans un milieu psychiatrique régulier et même de la reproduire dans d'autres contextes dont celui des centres jeunesse.

Conclusion

Cette recherche fait ressortir l'importance des interactions entre le personnel et les patients dans le milieu thérapeutique d'un hôpital psychiatrique. Les résultats montrent que plus de la moitié des agressions perpétrées par les patients sont précédées d'un contact physique des intervenants et qu'environ un tiers des agressions sont immédiatement précédées d'une intervention verbale comme une demande faite au patient ou un refus à une demande du patient. Un faible pourcentage des événements d'agression n'a pas été précédé d'un déclencheur observable. Les situations où l'on ne peut pas observer précisément un déclencheur qui précède un incident soulèvent la question de l'imprévisibilité des gestes d'agression. Le fait que plusieurs agressions surviennent à la suite d'une demande ou d'un refus permet de prévoir les situations qui présentent un risque accru. Cela permet également d'encourager les intervenants à utiliser des interventions susceptibles d'obtenir une meilleure collaboration de la personne et contribuer ainsi à réduire le risque d'agression.

Ces résultats et les pistes de préventions que nous avons pu dégager dans la discussion concernant les déclencheurs potentiels qui précèdent l'agression doivent être pris en considération lors de la formation du personnel qui travaille en milieu psychiatrique. Il est important de retenir qu'une faible proportion des événements peuvent être qualifiés d'imprévisibles et que certaines interventions sont plus susceptibles d'augmenter le risque d'agression. Lorsqu'ils sont dans une situation où ils s'apprêtent à faire une demande ou un refus, les intervenants doivent tenir compte de l'état dans lequel se trouve le patient afin de jauger son niveau de collaboration et d'anticiper leur protection. Ils doivent également être à l'affût des tensions émotives que peut susciter la demande ou le refus afin de pouvoir entrer rapidement en pacification le cas échéant. La formation doit mettre l'accent sur l'importance de détecter les tensions émotives vécues par les patients et soulever le fait que les interventions centrées sur le vécu sont les moins risquées au cours des nombreuses interactions qui surviennent dans le milieu thérapeutique en psychiatrie.

Références

- Alexanders, J. et Bowers, L. (2004). Acute psychiatric ward rules: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 623-631.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.; traduit par M.-A. Crocq et J. D. Guelfi)*. Paris, France : Masson.
- Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito et W. et Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3), 247-255.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) (2005). *Pacification des états de crise aiguë, cahier du participant*. Montréal, Québec : ASSTSAS.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (2016). *Formation Oméga, cahier du formateur*. Montréal, Québec : ASSTSAS.
- Baba, N. (2014). *Représentations sociales de la dangerosité psychiatrique chez les intervenants en santé mentale : une anthropologie du risque* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Baeza, I., Correll, C. U., Saito, E., Amanbekova, D., Ramani, M., Kapoor, S., ... Carbon, M. (2013). Frequency, characteristics and management of adolescent inpatient aggression. *Journal of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 23(4), 271-281.
- Björkdahl, A., Hansebo, G. et Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), 396-404.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T. et Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510-518.
- Bjørkly, S. (1999). A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40(1), 57-63.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ... Papadopoulos, C. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354-364.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. et Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412-1422.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. et Hodsoll, J. (2016). "Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial": Corrigendum. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 102.
- Clarke, A. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. et Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric inpatient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255-268.
- Daffern, M. et Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression: a review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 477-497.
- Daffern, M., Howells, K. et Ogloff, J. (2007). What's the point? Toward a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 101-111.

- Daffern, M., Mayer, M. M. et Martin, T. (2003). A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(1), 67-84.
- Daffern, M., Ferguson, M., Ogloff, J., Thomson, L. et Howells, K. (2007). Appropriate treatment targets or products of a demanding environment? The relationship between aggression in a forensic psychiatric hospital with aggressive behaviour preceding admission and violent recidivism. *Psychology, Crime & Law*, 13(5), 431-441.
- Douglas, K. S. et Skeem, J. L. (2005). Violence risk: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law*, 11(3), 347-383.
- De Léséleuc, S. (2004). *Criminal Victimization in the Workplace*. Repéré sur le site du gouvernement du Canada : <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/criminal-victimization-workplace.pdf>.
- Duxbury, J.A. (2002). An evaluation of staff and patient's views of and strategies employed to manage patient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 325-337.
- Duxbury, J. A., Björkdahl, A. et Johnson, S. (2006). Ward culture and atmosphere. Dans D. Richter et R. Whittington (dir.), *Violence in Mental Health Settings* (p. 273-291). New York, NY: Springer.
- Duxbury, J. et Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.
- Eker, H. H., Özder, A., Tokaç, M. Topçu, I. et Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 19-29.
- Elo, S., et Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Felthous, A. R. (2008). Schizophrenia and impulsive aggression: a heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behavioral Sciences and the Law*, 26(6), 735-758.
- Fernandes, C. M., Bouthillette, F., Raboud, J. M., Bullock, L., Moore, C. F., Christenson, J. M., ... Way, M. (1999). Violence in the emergency department: A survey of health care workers. *Canadian medical association journal*, 161(10), 1245-1248.
- Fish, R. et Culshaw, E. (2005). The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 93-107.
- Galappathie, N., Khan, S. T. et Hussain, A. (2017). Civil and forensic patients in secure psychiatric setting: A comparison. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 41(3), 156-159.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., ... Viswanathan, M. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric services*, 68(8), 819-831.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., ... Jurek, A. (2005). Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*, 16(5), 704-709.
- Goulet, M. H. et Larue, C. (2016). Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 120-128.
- Gouvernement du Québec (2019). *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/show_doc/cs/S-2.1
- Groleau, R., Dodard, M.A. et Pierre, G. (2017, novembre). *Redonner un pouvoir d'agir aux patients en psychiatrie légale par le biais des Conseils d'unité*. Communication présentée au Colloque de l'AQRP, Laval, Québec.

- Groleau, R., Dodard, M.A. et Pierre, G. (2018, mai). *Le Conseil d'unité comme soutien à l'implantation de l'approche de rétablissement en psychiatrie légale*. Communication présentée aux Journées annuelles de santé mentale, Montréal, Québec.
- Hallett, N., Huber, J. W. et Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior, 19*(5), 502-514.
- Haugvaldstad, M. J. et Husum, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry, 49*, 130-137.
- Hogh, A. et Viitasara, E. (2005). A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 14*, 291-313.
- Ilkiw-Lavalle, O. et Grenyer, B. F. (2003). Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services, 54*(3), 389-393.
- Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPL) (2018). L'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Repéré à <http://www.pinel.qc.ca/Default.aspx?NavID=16&CultureCode=fr-ca>
- Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM) (2016). *Planification stratégique 2016-2020, vers un institut national en psychiatrie légale*. Repéré à <https://www.pinel.qc.ca/CMS/MediaFree/file/DIRECTION%20G%C3%89N%C3%89RALE/planificationstrategie20162020.pdf>
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. et De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One, 10*(6), e0128536.
- Jacob, P., Seshadri, S., Girimaji, S. C., Srinath, S. et Sagar, J. V. (2013). Clinical characteristics of aggression in children and adolescents admitted to a tertiary care centre. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(6), 556-559.
- Jansen, G. J., Middel, B., Dassen, T. W. et Reijneveld, M. S. (2006). Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*(2), 82-93.
- Johansson, I.M., Shärsäter, I. et Danielson, E. (2006). The health-care environment on a locked psychiatric ward: An ethnographic study. *International Journal of Mental Health Nursing, 15*(4), 242-250.
- Joyal, C. C. (2005). Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Psychiatrie et violence, Forensic, Numéro spécial*, 5-9.
- Kilian, R., Paul, R. et Berger, H. (1998). The role of staff empowerment in the prevention of patient aggression and staff burnout at psychiatric hospitals. In J. M. Pelikan, K. Krajic et H. Lobnig (Eds.), *Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals* (pp. 110-113). Gamburg, Germany: G. Conrad Health Promotion Publications. Repéré à <http://www.hpc4.go.th/director/data/hph/hphvienna1997.pdf#page=110>
- Knezevic, V., Mitrovic, D., Drezgic, S., Knezevic, J., Ivezic, A., Siladji-Mladenovic, D. et Golubovic, B. (2015). Prevalence and correlates of aggression and hostility in hospitalized schizophrenic patients. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(2), 151-163. doi: 10.1177/0886260515585537
- Krakowski, M. I. et Czobor, P. (1994). Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry, 45*(7), 700-705.
- Lancee, W.J., Gallop, R., McCay, E. et Toner, B. (1995). The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric Services, 46*(6), 609-613.

- Lanctôt, N. et 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.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G. et Goulet, M. H. (2010). The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in Mental Health Nursing, 31*(3), 208-215.
- Lee, J., Daffern, M. Ogloff J. R. et Martin, T. (2015). Towards a model for understanding the development of post-traumatic stress and general distress in mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(1), 49-58.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., PARR, A. M. et Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(4), 425-430.
- Lilija, L. et Hellzén, O. (2008). Former patient's experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(4), 279-286.
- Linhorst, D. M. et Scott, L. P. (2004). Assaultive behaviour in state psychiatric hospitals: Differences between forensic and nonforensic patients. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(8), 857-874.
- Link, B. G. et Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. Dans J. Monahan et H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment* (p. 137-159). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lussier, P., Verdun-Jones, S., Deslauriers-Varin, N., Nicholls, T. et Brink, J. (2010). Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital: Prevalence, description, and identification. *Criminal Justice and Behavior, 37*(1), 5-28.
- Martinez, A.J. (2016). Managing workplace with evidence-based interventions: A literature review. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services, 54*(9), 31-36.
- McDermott, B. E., Edens, J. F. Quanbeck, C. D. Busse, D. et Scott, C. L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: Variable and person-focused analyses. *Law and Human Behavior, 32*(4), 325-338.
- McNiell, D. E., Eisner, J. P. et Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services, 51*(10), 1288-1292.
- Meehan, T., McIntosh, W. et Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perception of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(1), 19-25.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (MSSS) (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, édition révisée*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>
- Ng, B., Kumar, S., Ranclaud, M. et Robinson, E. (2001). Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Services, 52*(4), 521-525.
- National Institute for Health and Care Excellence (NIHCE) (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253>
- Newton, T.E. et Schieldrop, P. (2005). Seven oaks – Un nouveau regard sur les soins tertiaires, *Santé mentale au Québec, 30*, 31-45.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. Dans J. Monahan et H. J. Steadman (dir.), *Violence and mental disorder: Developments in Risk Assessment* (p. 21-59). Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Ogloff, J. R. et Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 799-813.
- Philipps, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United-States. *The New-England Journal of Medicine*, 374, 1661-1669.
- Plante, M. (1985). *Étude descriptive des phases de l'intervention psychologique réalisée chez des sujets en état de crise aiguë* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal.
- Plante, M. (2015, novembre). *Pacification de crise aiguë : intervention et code d'accès*. Communication présentée à la Conférence du mercredi, Direction de la recherche et de l'enseignement, Institut Philippe-Pinel de Montréal, Québec.
- Podobinski, T., Lee, S., Hollander, Y. et Daffern, M. (2017). Patient characteristics associated with aggression in mental health units. *Psychiatry Research*, 250, 141-145.
- Quanbeck, C. D., McDermott, B. E., Lam, J. L., Eisenstark, H. et Scott, C.L. (2007). Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatric Services*, 58(4), 521-528.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman Jr, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., ... Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17.
- Richter, D. (2006). Non-physical conflict management and de-escalation. Dans D. Richter et R. Whittington (dir.), *Violence in Mental Health Settings* (p. 125-144). New York, NY: Springer.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2012). *Clinical Best Practice Guidelines: Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf
- Robinson, Alexander (2017). «De-Escalation Techniques.» *Center for Engagement and Community Development*. Repéré à <http://newprairiepress.org/cecd/engagement/2017/14>
- Robitaille, M. J. (1999). *Oméga : apprendre à gérer les crises de violence*. Repéré à <https://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/OP/2009/op321030.pdf>
- Spencer, S., & Johnson, P. (2016). De-escalation techniques for managing aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012034/full>
- Schuwey-Hayoz, A. et Needham, I. (2006). Caractéristique de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, 3, 108-115.
- Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C. et Davis, S. (2009). Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 99-105.
- Tengström, A. et Hodgins, S. (2002). Criminal behavior of forensic and general psychiatric patients with schizophrenia: Are they different? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-66.
- Ulrich, R. S., Bogren, L., & Lundin, S. (2012, November). Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. Paper presented at arch12, Gothenburg, Sweden. Repéré à <http://conferences.chalmers.se/index.php/ARCH/arch12/paper/view/426/67>
- Ullrich, S., Keers, R. et Coid, J. W. (2013). Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*, 40(5), 1174-1181.

- Urheim, R., Rypdal, K. Palmstierna, T. et Mykletun, A. (2014). Motivational dimension of inpatient aggression. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 141-150.
- Van Leeuwen, M. E. et Harte, J. M. (2017). Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(5), 581-598.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of violence* (2^e éd.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Whittington, R. et Richter, D. (2005). Interactional aspects of violent behaviour on acute psychiatric wards. *Psychology, Crime and Law*, 11(4), 377-378.
- Whittington, R. et Richter, D. (2006). From the individual to the interpersonal: Environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. Dans D. Richter et R. Whittington (dir.), *Violence in Mental Health Settings* (p. 47-68). New York, NY: Springer.
- Whittington, R. et Wykes, T. (1996). Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 11-20.

Annexe

Déclencheurs d'agression identifiés dans l'analyse de contenu et leur définition

Déclencheurs

1	Refus	Il s'agit d'un refus explicite fait par un intervenant, par exemple, le refus d'un café, d'autoriser un téléphone, de donner une serviette, de poursuivre la discussion ou encore le refus d'autoriser une sortie, un congé de l'hôpital, etc. Cela peut aussi être que le patient interprète la situation comme un refus parce que l'intervenant ne peut pas lui donner ce qu'il demande, puisqu'il ignore comment y répondre. Le refus a pour objectif d'arrêter le comportement du patient ou de l'empêcher d'obtenir quelque chose qu'il veut.
2	Demande retour en chambre	Lorsqu'un intervenant demande au patient de retourner à sa chambre.
3	Autre demande	Toutes autres demandes de l'intervenant centrées sur le comportement. Par exemple, demander de faire quelque chose, de dire quelque chose, demander de prendre sa médication, demander de donner de l'information, de faire un choix, etc. La demande a pour objectif d'amorcer un comportement de la part du patient.
4	Contact physique	L'intervenant touche au patient ou touche à un objet que le patient tient dans ses mains ou qu'il a en sa possession avec l'objectif d'exercer un contrôle physique.
5	Déclencheur non observable	La description de la situation ne met pas en évidence la présence d'un déclencheur observable. Il n'y a pas eu d'intervention verbale (refus, demande) ni de contact physique. Ce n'est pas nécessairement une absence de déclencheur. Il peut s'agir d'un déclencheur neutre présent dans l'environnement qui est interprété par un patient qui présente des symptômes psychotiques.