

Université d'Ottawa

**Les interventions visant à diminuer la violence auprès des personnes
ayant des troubles mentaux**

Intissar Souli

Thèse soumise dans le cadre des exigences du programme de doctorat en
sciences infirmières

École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Intissar Souli, Ottawa, Canada, 2018

« L'agression, quelle qu'en soit la cause, est inexcusable car elle provoque une déchirure intense dans la stabilité de l'être atteint »

Joanne Bays (ds Gbézo,2010)

RÉSUMÉ

Introduction

La violence en milieux de soins, et plus précisément ceux en santé mentale, est un phénomène sérieux et préoccupant. La mise en œuvre d'interventions efficaces permettant d'atténuer ce phénomène s'avère une condition *sine qua non* dans les services de soins en santé mentale.

Objectifs

1. Déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour diminuer la violence des personnes souffrant de troubles mentaux
2. Évaluer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence par les professionnels de santé dans une unité de santé mentale.

Méthodes

Deux études séquentielles basées sur le modèle de passage des connaissances à la pratique ont été réalisées :

1. La première étude consistait en une revue systématique de la littérature basée sur la méthode développée par la Collaboration Cochrane pour les revues systématiques d'interventions et sur les lignes directrices PRISMA.
2. Une étude descriptive transversale a été effectuée dans l'unité interne de santé mentale d'un hôpital de l'est de l'Ontario.

Résultats

1. Parmi les 5 039 références identifiées, 7 articles ont répondu aux critères de sélection. Au total, cinq interventions visant la diminution des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux ont été mises en lumière. L'évaluation du risque de violence de façon quotidienne a été définie comme étant l'intervention la plus efficace.
2. Parmi les 45 personnes éligibles à cette étude, 26 d'entre eux (57,8 %) ont répondu au questionnaire : 92,3 % des répondants ont déclaré avoir été exposés à un acte de violence et 62 % ont affirmé qu'ils avaient déjà utilisé l'outil d'évaluation du risque de violence disponible dans leur unité, mais pas de façon quotidienne. Des obstacles liés au manque de connaissances de l'outil, au manque de ressources et de temps, ainsi qu'aux attitudes négatives envers les patients et à l'égard de l'outil ont été décelés.

Conclusion

Bien que les preuves appuient l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence comme moyen pour prévenir et diminuer les comportements agressifs, cette intervention ne constitue pas une pratique courante dans l'unité de santé mentale. Des obstacles cognitifs, organisationnels et comportementaux ont ainsi été soulevés.

Mots-clés : violence, comportements agressifs, santé mentale, transfert des connaissances vers la pratique.

Préface

Contribution des collaborateurs

Le présent chapitre énonce la contribution des collaborateurs. Il a été rédigé conformément aux lignes directrices de l'Université d'Ottawa (Études supérieures et postdoctorales, 2009). Ces lignes exigent que l'étudiant décrive sa contribution majeure à la thèse et aux articles, ainsi que la contribution des coauteures et coauteurs.

Plusieurs auteurs ont participé à différents aspects de cette thèse, et j'atteste avoir dûment reconnu leur contribution. On distingue deux types de collaborateurs : les collaborateurs majeurs (équipe de supervision de thèse) et les autres collaborateurs.

Auteure principale

Comme auteure principale de cette thèse, **Intissar Souli, inf., RN (Tunisie), Ph. D. (IS)**, a conçu, participé et dirigé tous les aspects de ce projet de recherche en répondant aux exigences d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université d'Ottawa. **IS** est une infirmière autorisée en Tunisie spécialisée en urgence et réanimation. **IS** a obtenu sa maîtrise de l'Université de Sousse, en Tunisie (un programme réalisé en collaboration avec l'Université Laval, Québec, Canada). **IS** a reçu une bourse d'excellence ainsi que d'autres types de bourses de la part de l'Université d'Ottawa.

Collaborateurs majeurs (équipe de supervision de thèse)

Les collaborateurs majeurs sont la directrice et la codirectrice de thèse, ainsi que deux membres du comité de thèse, à savoir Dawn Stacey, inf., Ph. D. (**DS** : directrice de thèse); Amanada Vandyk, inf., RN, Ph. D. (**AV** : co-directrice de thèse) ; Wendy Peterson, inf., Ph. D. (**WP** : membre du comité de thèse) ; et Isabelle Marcoux, Ph. D.

(**IM** : membre du comité de thèse). Toutes ont également participé à diverses étapes de la thèse et y ont apporté un contenu intellectuel important, y compris le développement de la proposition, une consultation régulière tout au long du processus de recherche, une contribution au processus de correction, ainsi que la révision et l'approbation des manuscrits rédigés (*voir tableau*).

DS est professeure titulaire à l'École des sciences infirmières et chercheuse principale à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. En 2012, à la lumière de ses réalisations remarquables et soutenues en recherche, on lui a confié la Chaire de recherche de l'Université sur le transfert des connaissances aux patients. Elle est aussi directrice adjointe aux études supérieures de l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et fait partie de l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Elle travaille à l'avancement de la science en matière de transfert des connaissances aux patients. Elle mène ses recherches au Canada, aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni et au Chili.

AV est une professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et membre associée de l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Elle est une infirmière spécialisée en santé mentale, un département dans lequel elle a exercé un certain temps. Elle a mené ses recherches en utilisant des méthodes d'évaluation qualitative, quantitative, théorique et secondaire. Ses domaines d'expertise sont les soins en santé mentale, l'intégration de principes de soins palliatifs en santé mentale, les fondements théoriques des services de santé mentale et la continuité des soins.

WP est une professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et membre associée de l'Unité de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Elle a participé à plusieurs études subventionnées par des organismes locaux, provinciaux et fédéraux. En ce moment, elle donne des cours de premier cycle (Soins infirmiers en périnatalité auprès de la famille, Méthodes de recherche, Professionnalisme et éthique en soins infirmiers) et elle supervise cinq brillants étudiants diplômés. Son programme de recherche vise à améliorer la qualité des services de santé maternelle et néonatale destinés aux femmes marginalisées ainsi que l'expérience qu'elles en font, et ce, en s'occupant des problèmes de disparité d'accès aux services de santé, en facilitant les accouchements empreints d'humanisme pour la femme et en explorant le rôle des infirmières et infirmiers autorisés au sein d'équipes interprofessionnelles de soins obstétricaux primaires.

IM est une professeure agrégée à la Faculté des sciences de la santé, École interdisciplinaire des sciences de la santé. Elle détient un doctorat en psychologie communautaire (Université du Québec à Montréal, 2003) et a effectué deux stages postdoctoraux : un en médecine sociale et préventive à l'Université libre d'Amsterdam (Vrije Universiteit Amsterdam), aux Pays-Bas, et l'autre en sciences humaines et sociales appliquées à la cancérologie à l'Université de Nantes, en France. Elle est membre de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Société canadienne du cancer, de l'Association canadienne des éthiciens en soins de santé, de l'Association québécoise en éthique clinique et de l'Association québécoise de prévention du suicide. Elle a également contribué à plusieurs projets qui s'intéressent à la participation citoyenne pour l'amélioration des connaissances des professionnels de la santé.

Autres collaborateurs

D'autres personnes ont également participé à certains aspects de cette présente thèse :

- Les utilisatrices de connaissances Ann Salvador (**AN** : directrice des soins en santé mentale) et Dania Versailles (**DN** : infirmière praticienne en santé mentale).
- Jiale Hu (**JH** : doctorant). Il a participé à la collecte et à l'évaluation des études incluses dans la revue systématique (chapitre 4), ainsi qu'à la deuxième révision de l'exactitude des données introduites dans le logiciel SPSS pour la deuxième étude (chapitre 5).
- Erica Wright (**EW**) a participé à la recherche documentaire, y compris à l'élaboration des plans de recherche dans les différentes bases de données scientifiques durant la première phase de cette thèse, soit la revue systématique de la littérature.

Tableau viii.1.
Sommaire de la contribution des collaborateurs

	Chapitre 1 Introduction générale	Chapitre 2 Recension des écrits	Chapitre4 Revue systématique de la littérature	Chapitre 5 Enquête transversale	Chapitre 6 Discussion générale
Conception et devis de recherche	IS	IS	IS DS AV	IS DS AV	IS
Collecte des données, y compris la recherche documentaire et la sélection des études	N.P	IS	IS AV DS WP JH EW	IS	IS
Analyse et interprétation des données	IS	IS	IS AV	IS DS	IS
Les embauches des manuscrits	IS	IS	IS AV	IS DS	IS
La révision et l’approbation du contenu de la totalité de la thèse	IS DS AV	IS DS AV	IS DS AV	IS DS AV	IS DS AV
Commentaires et des révisions linguistiques	IS DS AV	IS DS AV	IS DS AV IM WP DV	IS DS AV IM WP DV AN	IS DS AV
Responsable majeure du contenu totale	IS	IS	IS	IS	IS

NP = not applicable

Remerciements

« Je tiens tout d’abord à remercier Dieu, le Tout-Puissant miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d’accomplir ce modeste travail ».

Je n’aurais pas pu mener cette recherche à terme sans l’aide et l’appui d’un bon nombre de personnes. Le jour est venu de leur dire merci d’être là pour moi.

Je voudrais d’abord exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de thèse, la P^{re} Dawn Stacey, pour l’orientation, la confiance et la patience qui ont constitué un apport considérable sans lequel ce travail n’aurait pas pu être mené à bon port. Qu’elle trouve, dans ce travail, un vibrant hommage à sa haute personnalité.

Je tiens également à témoigner ma vive reconnaissance à ma codirectrice de thèse, la P^{re} Amanda Vandyk, pour ses précieux conseils et son orientation judicieuse tout au long de ma recherche. Elle m’a offert son temps sans compter pour me permettre de mieux comprendre et d’avancer, et, pour cela, je lui en serai toujours reconnaissante.

P^{re} Dawn Stacey et P^{re} Amanda Vandyk : soyez assurées

de mon éternelle reconnaissance. Merci!

J’aimerais également remercier les membres du comité de thèse : la P^{re} Wendy Ellen Peterson et la P^{re} Isabelle Marcoux. Elles m’ont beaucoup aidée grâce à leurs critiques constructives, à leurs suggestions pertinentes et à leurs précieux commentaires.

Je souhaiterais de plus souligner la contribution de mesdames Ann Salvador et Dania Versailles, ainsi que celle de toute l’équipe soignante de l’hôpital dans lequel j’ai réalisé ma recherche. Merci à vous

Un grand merci aux membres du jury, à savoir le P^r Sanni Yaya, le P^r Craig Phillips, la P^{re} Marie-Ève Lamontagne et la P^{re} Wendy Ellen Peterson, d'avoir accepté d'évaluer cette thèse doctorale.

Le soutien de la famille est essentiel dans une aventure comme le doctorat. Je pense d'abord à mes parents, **Amor** et **Najoua**, qui, depuis mon enfance, m'ont accompagnée dans la réalisation de mes rêves et m'ont toujours encouragée à persévérer. Merci pour tout! Merci également à mon grand frère, **Waiel**, à mon petit frère, **Wajdi**, et à ma merveilleuse sœur, **Ibtissem**, qui, eux aussi, ont vécu les aléas de mon parcours doctoral; merci pour vos encouragements.

Je vous accompagnerai pour la vie! Je vous aime!

Mes vifs remerciements vont enfin à tous mes proches (David Welch, Carole, Hichem, Isra, ma tante Rathia), à mes enseignants de la Tunisie (P^r Mohamed Ben Dhiab, P^r Amel Nouira) et à mes amis (Hatem, Asma, Boutheina) qui m'ont toujours encouragée au cours de la réalisation de cette thèse doctorale. Merci aussi à madame Chantale Bordeleau d'avoir accepté de faire la révision linguistique de ma thèse.

Je réserve mes derniers mots pour remercier l'Université d'Ottawa et l'École des sciences infirmières pour le soutien financier accordé durant mes études de doctorat.

Tables des matières

Résumé	iii
Préface	iv
Remerciements	ix
Table des matières	xi
Liste des tableaux	xv
Liste des figures	xvi
Liste des acronymes	xvii
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	1
INTRODUCTION	2
1.1 Problématique de recherche	3
1.2 Cadre théorique	7
1.3 But/Objectifs de recherche	9
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	11
2.1 Maladie mentale	12
2.2 Agressivité, agression et violence	17
2.2.1 Agressivité	17
2.2.2 Agression	18
2.2.3 Violence	18
2.3 Soins infirmiers psychiatriques	19
2.4 Interventions visant à diminuer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux.....	21
2.5 Évaluation du risque de violence	24
2.5.1 Outils d'évaluation du risque de violence	25
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	33
3.1 Revue systématique de la littérature	34
3.1.1 But/Questions de recherche	34
3.1.2 Méthodes	34
3.1.3 Critères d'éligibilité	35
3.1.4 Stratégie de recherche	39
3.1.5 Sélection des études	39
3.1.6 Collecte des données	40
3.1.7 Évaluation de la qualité des études	41
3.1.8 Analyse et synthèse des données.....	41
3.2 Étude descriptive transversale	42
3.2.1 But/Questions de recherche	42
3.2.2 Méthodes	42

3.2.3 Milieu d'étude	42
3.2.4 Équipe de recherche	42
3.2.5 Population d'étude	43
3.2.6 Collecte des données	44
3.2.7 Analyse des données	46
3.2.8 Considérations éthiques	46
CHAPITRE 4 : INTERVENTIONS EFFICACES À LA DIMINUTION DES COMOPRTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE (article scientifique 1)	48
Résumé	49
4.1 Introduction	50
4.1.1 But/Objectifs de recherche	53
4.2 Méthodologie	54
4.2.1 Type d'étude	54
4.2.2 Critères d'éligibilité basés sur <i>PICOS</i>	54
4.2.3 Stratégie de recherche	56
4.2.4 Sélection des études	57
4.2.5 Collecte des données	58
4.2.6 Évaluation de la qualité des études	58
4.2.7 Analyse et synthèse des données	59
4.3 Résultats	59
4.3.1 La recherche d'information	59
4.3.2 Les caractéristiques des études	61
4.3.3 Qualité des études incluses	62
4.3.4 Les interventions	64
4.3.4.1 Évaluation du risque de violence	64
4.3.4.2 Programme de récompenses	65
4.3.4.3 Massage thérapeutique	66
4.3.4.4 Assistance d'un animal	66
4.3.4.5 Éducation du patient	67
4.4 Discussion	76
4.5 Limites de la revue	78
4.6 Conclusion	79
Références	80
CHAPITRE 5 : L'UTILISATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX : PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (article scientifique 2)	85
Résumé	86
Abstract	87
5.1 Introduction	88
5.1.1 But/Objectifs de recherche	89
5.2 Méthodologie	90
5.2.1 Termes utilisés	90

5.2.2 Type d'étude.....	90
5.2.3 Milieu d'étude	91
5.2.4 Équipe de recherche	91
5.2.5 Participants	91
5.2.6 Collecte des données	92
5.2.6.1 Outil de collecte des données.....	93
5.2.7 Analyse des données.....	94
5.3 Résultats	95
5.3.1 Exposition aux patients présentant des comportements agressifs et utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence	96
5.3.2 Les perceptions des participants concernant l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence.....	98
5.3.3 Les obstacles à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence	99
5.3.4 Les facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence....	99
5.3.5 Les besoins relatifs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence	100
5.4 Discussion	102
5.5 Forces de l'étude	104
5.6 Limites de l'étude.....	105
5.7 Conclusion.....	105
Références	107
CHAPITRE 6 : DISCUSSION GÉNÉRALE	111
6.1 Rappel des principaux résultats.....	113
6.2 Discussion intégrale	115
6.2.1 Utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence	115
6.2.2 Nécessité d'un outil d'évaluation du risque de violence de qualité	118
6.2.3 Implantation de l'évaluation du risque de violence (BVC) dans la pratique quotidienne	120
6.2.4 Surveiller l'utilisation de l'évaluation du risque de violence.....	124
6.3 Implications pour la pratique infirmière, pour le domaine de l'éducation, pour la réglementation et l'élaboration des politiques et enfin pour la recherche en soins infirmiers	125
6.3.1 Pratique infirmière.....	125
6.3.2 Domaine de l'éducation	127
6.3.3 La réglementation et l'élaboration des politiques	129
6.3.4 Recherche en soins infirmiers	130
6.4 Conclusion.....	132
RÉFÉRENCES	134
ANNEXES	152
Annexe A. Le modèle de passage des connaissances à la pratique (Graham <i>et al.</i> , 2006).....	152
Annexe B. Tableaux de recension des écrits	153
Annexe C. Affiche de recrutement (version Fr et Ang).....	165
Annexe D. Lettre d'invitation (version Fr et Ang)	167

Annexe E. Feuille d'information pour un questionnaire (version Fr et Ang)	169
Annexe F. Questionnaire de collecte des données (version Fr et Ang).....	175
Annexe G. Approbation éthique de l'Hôpital.....	185
Annexe H. Approbation éthique de l'Université d'Ottawa	187
Annexe I. Tableau de revues systématiques existantes sur la violence en milieux de soin	188

Liste des tableaux

Tableau viii.1	Sommaire de la contribution des collaborateurs.....	viii
Tableau B2.1	Outils d'évaluation du risque de violence les plus utilisés	153
Tableau B2.2	Recension des écrits sur le BVC.....	155
Tableau B2.3	Recension des écrits sur l'HCR-20	157
Tableau B2.4	Recension des écrits sur le PCL-R.....	158
Tableau B2.5	Recension des écrits sur le VRAG.....	159
Tableau B2.6	Recension des écrits sur le LSI-R.....	160
Tableau B2.7	Recension des écrits sur le SAVRY.....	161
Tableau B2.8	Recension des écrits sur le V-RISK -10	162
Tableau B2.9	Recension des écrits sur le STRAT	163
Tableau B2.10	Recension des écrits sur le VRS	164
Tableau 3.1	Les critères d'éligibilité (PICOS)	38
Tableau I4.1	Les revues systématiques existantes sur la violence en milieux de soins.....	189
Tableau 4.2	Les critères d'éligibilité (PICOS) (RS)	55
Tableau 4.3	Caractéristiques des études incluses	61
Tableau 4.4	Évaluation de la qualité des études selon les critères EPOC	63
Tableau 4.5	Caractéristiques des interventions.....	69
Tableau 4.6	Caractéristiques des résultats trouvés	71
Tableau 4.7	Les résultats trouvés.....	73
Tableau 5.1	Caractéristiques sociodémographiques de la population	95
Tableau 5.2	La violence et l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence dans la pratique actuelle	97
Tableau 5.3	Facteurs influençant l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence...98	
Tableau 5.4	Les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence	100

Liste des figures

Figure 1.1	Le modèle de passage des connaissances à la pratique (Graham et al, 2006)	153
Figure 4.1	Le processus de sélection des études selon PRISMA.....	60

Liste des acronymes

AUC	Area Under Curve
BVC	Brøset Violence Checklist
CCI	Coefficient de corrélation interclasse
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
DPC	Développement Professionnel Continu
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version cinq
EPOC	Effective Practice and Organization of Care
HAS	Haute Autorité de la Santé
HCR-20	Historical Clinical Risk-20
LSI-R	Level of Service Inventory-Revised
ONVS	Observatoire national des violences en milieu de santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PICOS	Population, Intervention, Comparator, Outcomes, Study design
PRISMA	Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis
SAVRY	Structured Assessment of Violence Risk in Youth
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability
TPB	Theory of Planned Behavior
TSPT	Troubles de stress post-traumatique
VRAG	Violence Risk Appraisal Guide
V-RISK-10	Violence-Risk 10
VRS	Violence Risk Scale

Chapitre 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

INTRODUCTION

La violence perpétrée à l'encontre du personnel exerçant en milieu de soins représente un véritable problème de santé publique (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2002a ; Statistique Canada, 2015a). La violence se caractérise par l'utilisation de la force physique ou la profération de menaces à l'égard d'autrui dans le but de lui provoquer un traumatisme ou des dommages psychologiques (Gbézo, 2012). En plus de représenter un risque important pour la santé et la sécurité du personnel qui en est victime, la violence compromet la qualité des soins dispensés aux patients (Conseil international des infirmières, 2007 ; Atawneh, Zahid, Al-Sahlawi, Shahid & Al-Farrah, 2003). Dans les milieux de soins en santé mentale, la situation est encore plus alarmante (Privitera, 2011), ce qui exige la mise en place d'interventions efficaces permettant une diminution de la fréquence de la violence.

Le but de ce chapitre est d'illustrer ce problème en décrivant mieux le phénomène de la violence ainsi que ses répercussions sur la relation soignant-soigné, et d'introduire les objectifs de cette thèse de doctorat.

1.1 Problématique de la recherche

La violence en milieu de soins constitue un problème omniprésent dans le monde entier. Les chiffres sont éloquentes dans plusieurs pays. Au Canada, selon les plus récentes données de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), le nombre de réclamations faites par des professionnels de la santé victimes de violence est passé de 606 à 706 entre 2010 et 2014, soit une augmentation de 16 %. La Commission atteste que près de 700 incidents par année correspondent à des actes de violence commis dans les hôpitaux canadiens (CNESST, 2017). Selon Statistique Canada (2015a) la violence psychologique, ou violence verbale est considérée comme la forme la plus évoquée dans les milieux de soins canadiens, représentant ainsi 70 % des actes de violence perpétrés.

La situation est semblable en France ; en 2013, on comptait 12 432 signalements de cas de violence effectués par 353 établissements, dont 9 190 étaient des atteintes à des personnes. Parmi ces atteintes, 45 % étaient des cas de violence physique, 32 % constituaient des injures et des insultes et, enfin, 22 % correspondaient à des menaces d'atteinte à l'intégrité physique (Observatoire national des violences en milieu de santé [ONVS], 2014). Plusieurs autres pays du monde souffrent de la même situation. Selon plusieurs enquêtes réalisées dans certains pays, plus de la moitié des membres du personnel de santé affirme avoir vécu au moins un incident de violence (physique ou psychologique) : Bulgarie, 76 % ; Australie, 67 % ; Afrique du Sud, 61 % ; Thaïlande, 54 % ; Brésil, 47 % ; Suède, 24 % (Conseil international des infirmières, 2007).

Par ailleurs, les personnes ayant des troubles mentaux sont perçues comme les patients les plus agressifs et les plus violents (Conseil international des infirmières, 2007;

Gbézo, 2011 ; Guay, Boyer, Marchand & Jarvis, 2013; Hérin, *et al*, 2014 ; ONVS, 2014). Des auteurs ont expliqué cette situation par la présence de certains facteurs de risque, à savoir des facteurs personnels, des causes sémiologiques de maladie, la consommation de substances psychoactives ou la présence de certains facteurs environnementaux (Anderson, Bell, Powell, Williamson & Blount, 2004).

Les facteurs personnels identifiés sont généralement l'âge, le sexe, les antécédents de violence et le statut socioéconomique. Il semble que le fait d'être jeune, d'être de sexe masculin et d'avoir un revenu faible augmente le risque de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux (Association canadienne pour la santé mentale, 2017 ; Swanson *et al.*, 2002 ; Van Dorn, Volavka & Johnson, 2012 ; Witt, Van Dorn & Fazel, 2013). De même, à la suite des résultats de sa revue systématique, Johnson (2004) atteste que les personnes souffrant de troubles mentaux et qui ont des antécédents de violence sont encore plus agressives que le reste de la population.

Quant aux causes sémiologiques de maladie, certains troubles mentaux graves tels que la schizophrénie, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité sont associés à une augmentation du risque de violence, comparativement à la population générale des personnes souffrant de troubles mentaux (Douglas, Guy & Hart, 2009 ; Fresan *et al.*, 2007; Van Dorn, Williams, Del-Colle & Hawkins, 2009). Des auteurs ont expliqué ce lien de causalité par la présence de certains facteurs comme une atteinte cérébrale, des symptômes psychotiques positifs, l'association à un trouble de la personnalité antisociale ainsi que le refus des soins et des traitements (Elbogen & Johnson, 2009 ; Fazel, Langstrom, Hjern, Lichtenstein, 2009). Par exemple, certains groupes de personnes souffrant de schizophrénie peuvent présenter des signes cliniques neurologiques et

neuropsychologiques d'anomalies cérébrales, et ces sous-groupes sont généralement plus agressifs que le reste de cette population (Citrome & Volavka, 2000 ; Volavka, 2002).

En ce qui concerne la consommation de substances psychoactives, les chiffres de la lettre de santé mentale de Harvard indiquent que 31 % des personnes qui ont des troubles psychiatriques et qui consomment de telles substances ont commis au moins un acte de violence au cours d'une année (Harvard Mental Health Letter, 2011). L'utilisation de substances psychoactives accroît le risque de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux (Van Dorn, Volavka & Johnson, 2012). Par ailleurs, les personnes souffrant de troubles mentaux graves tels que la schizophrénie semblent démontrer une sensibilité plus élevée aux effets produits par les substances psychoactives que celles ayant uniquement des troubles mentaux moins sévères (Poullot, 2011). Enfin, en ce qui a trait aux facteurs environnementaux, certains auteurs affirment que les attitudes négatives des soignants influencent fortement le déclenchement de comportements agressifs chez les personnes souffrant de troubles mentaux (Gbézo, 2011). Les personnes ayant des troubles mentaux sont l'objet de nombreux stéréotypes et de représentations sociales négatives (Baba, 2015). Par ailleurs, d'autres facteurs, notamment les longs délais d'attente, le manque d'organisation et des relations interpersonnelles empathiques, peuvent aussi être des causes indirectes de déclenchement de comportements agressifs chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Chappell & Di-Martino, 2000).

La violence induit des conséquences néfastes sur le plan organisationnel ainsi que sur le plan personnel pour les soignants qui en sont victimes. Elle affecte aussi les soins en général, et plus particulièrement la relation soignant-soigné.

En ce qui a trait aux conséquences sur le plan organisationnel, la violence entraîne un lourd fardeau pour l'État et les établissements hospitaliers. Selon l'étude de Speroni, Fitch, Dawson, Dugan, & Atherton (2014), au Canada, les frais annuels liés à la violence au travail pour 2 % des blessures déclarées par le personnel infirmier ont coûté à l'État 94 156 \$, soit 78 924 \$ pour le traitement et 15 232 \$ pour l'indemnisation. De plus, la violence peut mener à une perte du lien de confiance entre le personnel soignant et l'établissement hospitalier où ce dernier exerce, ainsi que de l'absentéisme au travail, certaines personnes allant parfois jusqu'à quitter définitivement la profession (Hesketh, *et al.*, 2003 ; Schuwey-Hayoz & Needham, 2006). D'ailleurs, selon un rapport de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST, 2012), 41,3 % du personnel soignant ayant été victime de violence s'est absenté pour une durée d'environ 14 jours, et 10,1 % des soignants ont pris des congés pendant au moins un an.

En ce qui concerne les conséquences personnelles, il convient de préciser que la violence a des répercussions importantes sur la vie des soignants, car elle compromet leur intégrité physique, psychologique et même spirituelle (Conseil international des infirmières, 2007 ; Forté, 2014). Pour ce qui est des conséquences physiques, la violence peut entraîner des blessures, des troubles du sommeil, de la fatigue, voire de l'épuisement physique (Conseil international des infirmières, 2007 ; Gbézo, 2011). Dans une étude réalisée à Londres auprès de 148 infirmières exerçant en milieu psychiatrique, environ une infirmière sur six (16 %) a déclaré avoir subi des violences physiques graves sur son lieu de travail au cours de l'année écoulée (Nijman, Bowers, Oud & Jansen, 2005).

Quant aux répercussions psychologiques, la violence engendre des réactions modérées de stress, mais parfois plus sévères, allant de la dépression jusqu'aux troubles

de stress post-traumatique (TSPT) (Lancot & Guay, 2014 ; OMS, 2002a ; Richter, 2013). Les résultats de l'étude corrélationnelle de Tinchon (2004) attestent d'ailleurs qu'il existe une relation positive significative entre la violence et les problèmes de santé physique et psychologique (détresse psychologique). L'auteur atteste que les problèmes de santé physique ainsi que le niveau de détresse psychologique augmentent de façon proportionnelle à l'augmentation du niveau de violence.

Ce lot de conséquences influe sur les comportements du personnel soignant, qui tend à devenir plus méfiant ; par conséquent, cela a des répercussions sur les relations avec les patients (Richter, 2013). D'ailleurs, plusieurs études révèlent que l'exposition à la violence dans les milieux de soins altère la relation soignant-soigné et qu'elle dégrade progressivement la qualité des soins fournis (Audrey, 2014 ; Forté, 2014 ; Gates, Gillespie, & Succop, 2011 ; OMS, 2002a).

En résumé, la violence est considérée comme un problème grave dans le système de santé, et plus particulièrement en santé mentale. En plus des coûts élevés qu'elle engendre pour le système de santé, la violence induit aussi diverses émotions ou différents comportements chez le personnel soignant, allant de la simple peur jusqu'à l'évitement des patients et, par conséquent, menant à une diminution de la qualité des soins offerts. Pour ces raisons, il est crucial de déterminer des interventions efficaces permettant de diminuer et de prévenir ce type de comportement.

1.2 Cadre théorique

Dans le but de déterminer les meilleures interventions possible permettant de diminuer la fréquence de la violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux et de les transférer dans la pratique quotidienne du personnel infirmier, un modèle

intégrateur de passage des connaissances à la pratique (ou processus des connaissances à la pratique selon Instituts de recherche en santé du Canada, 2016) a été retenu comme cadre de référence pour cette présente thèse (Figure 1.1 en annexe A). Ce cadre est celui de Graham et al. (2006). Il se caractérise par sa souplesse et son origine multidisciplinaire. Il a été conçu à la suite d'une revue de 30 théories touchant la sociologie, la psychologie et les sciences infirmières. Le modèle intègre deux composantes qui se complètent et interagissent, soit le processus de création des connaissances et le cycle d'application des connaissances. Chacune de ces composantes contient plusieurs phases.

Dans le processus de création des connaissances, qui est sous forme d'entonnoir, la première phase expose les différentes connaissances issues de la recherche, alors que la deuxième phase en est une synthèse des connaissances. Selon certains auteurs, elle prend souvent la forme d'une revue systématique de la littérature (Desroches, 2009). La troisième phase, quant à elle, présente les différents outils qui peuvent se manifester lors de la synthèse des connaissances créées lors des deux phases précédentes (Graham et al., 2006). Ainsi, durant cette phase, une bonne documentation et une recension de l'état des connaissances concernant les meilleures interventions utilisées et jugées efficaces pour la diminution de la violence peuvent être mises en lumière. Les auteurs insistent sur la nécessité de raffiner le plus possible les connaissances issues des études avant qu'elles soient appliquées par les différents utilisateurs (Graham et al., 2006).

En ce qui concerne le cycle d'application des connaissances, plusieurs activités de collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances (des professionnels

de la santé, des patients ou des décideurs politiques) s'avèrent nécessaires afin d'assurer le succès de passage des connaissances à la pratique quotidienne (Graham *et al.*, 2006). Ce cycle se compose de sept phases interactives et complémentaires : 1) définir le problème, c'est-à-dire le cerner, puis examiner et choisir les connaissances ; 2) adapter les connaissances au contexte local ; 3) évaluer les obstacles nuisant à l'utilisation des connaissances ; 4) choisir, adapter et mettre en place les interventions ; 5) surveiller l'utilisation des connaissances ; 6) évaluer les résultats ; et enfin 7) maintenir l'utilisation des connaissances. Plus particulièrement, cette présente thèse aborde les trois premières phases du cycle d'application des connaissances (cycle d'action) à savoir définir le problème, adapter les connaissances issues de la première phase au contexte local et, enfin, évaluer les obstacles empêchant l'utilisation des connaissances (traduction Desroches, 2009).

Des recherches antérieures ont démontré que le fait de travailler avec les utilisateurs des connaissances au cours du processus de recherche permet une meilleure prise en compte des résultats de cette recherche (Abdullah & Stacey, 2014 ; Graham *et al.*, 2006). Ainsi, travailler en collaboration avec des cliniciens en santé mentale (utilisateurs des connaissances) pourrait permettre une compréhension partagée de la réalité de la pratique professionnelle en santé mentale (cerner la pratique actuelle pour définir le problème).

1.3 But/Objectifs de recherche

Le but général de cette recherche doctorale est d'explorer les interventions que les infirmières ou infirmiers peuvent utiliser pour diminuer la violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux.

Objectifs.

- Déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour diminuer la violence des personnes souffrant de troubles mentaux.
- Évaluer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence par les professionnels de santé dans une unité de santé mentale ainsi que les facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de ce dernier.

La présente thèse est structurée sous forme de manuscrits. Le chapitre 2 présente une recension des écrits concernant les concepts importants touchant cette présente recherche doctorale, alors que le chapitre 3 énonce les méthodes employées pour la dissertation. Pour sa part, le chapitre 4 contient une revue systématique de la littérature visant à évaluer l'efficacité de toute intervention permettant la diminution des comportements agressifs chez les personnes souffrant de troubles mentaux (article 1). Le chapitre 5, quant à lui, présente une étude descriptive transversale visant à identifier les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence dans une unité des soins en santé mentale (article 2). Enfin, le chapitre 6 présente la discussion intégrale de deux articles de recherche ainsi que les implications pour la pratique infirmière, pour le domaine de l'éducation, pour la réglementation et l'élaboration des politiques et, enfin, pour la recherche en soins infirmiers.

Chapitre 2

RECENSION DES ÉCRITS

2. Recension des écrits

Ce chapitre présente des informations de base concernant les concepts importants touchant directement cette présente recherche doctorale : 1) maladie mentale ; 2) agressivité, agression et violence ; 3) soins infirmiers psychiatriques ; 4) interventions visant à diminuer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux ; et 5) évaluation du risque de violence.

2.1 Maladie mentale

Les expressions « santé mentale », « maladies mentales » et « troubles mentaux » sont souvent utilisées d'une manière interchangeable dans la littérature pour désigner la même chose. Pour cela, il semble important de définir ces différents termes.

La définition de la santé mentale est en perpétuel changement. Au début, elle se définissait comme l'absence de maladie mentale, cependant, actuellement, la santé mentale se définit « différemment de la maladie mentale et signifie beaucoup plus que l'absence de maladie mentale » (Santé mentale Québec, 2017, parag. 1). Pour sa part, le Mouvement Santé mentale Québec (MSMQ, 2014) définit la santé mentale comme étant l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné tout en se caractérisant par un niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Le Mouvement ajoute que la santé mentale est le résultat d'interactions entre des facteurs de trois ordres, à savoir des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques et des facteurs contextuels (MSMQ, 2014). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2016) indique que la santé mentale est une composante indispensable pour le bien-être physique et psychologique de l'être humain. Si cet état est touché d'une manière ou d'une autre, ce bien-être peut-être compromis. On parle alors de

troubles mentaux ou de maladie mentale. Toutefois, l'expression « maladie mentale » est à éviter, étant donné qu'elle fait référence directement aux médicaments, aux médecins, etc. Pour cette raison, elle a été rejetée par plusieurs associations et organisations, y compris par l'OMS (Association Socialiste de la personne handicapée [ASPH], 2014).

La maladie mentale est définie donc comme étant un ensemble varié de « problèmes de santé mentale » qui surviennent lorsqu'un individu ne peut « se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2010a, paragr. 2). Selon cette définition, avoir un problème de santé mentale ne signifie donc pas nécessairement ne pas être en santé. Il arrive souvent que des personnes n'ayant pas de troubles mentaux vivent, à un moment donné, un malaise, un stress ou une dépression passagère. Certains auteurs précisent donc qu'un diagnostic de troubles mentaux doit être prononcé, sauf dans les cas où il y a stabilisation des symptômes de la maladie (Anthony & Liberman, 1996).

L'OMS (2017 b) indique qu'environ 450 millions de personnes dans le monde souffrent d'un problème de santé mentale. Au Canada, en 2012, on estimait qu'environ millions (38 %) de personnes âgées de 15 et plus avaient au moins un membre de leur famille qui était touché avec un trouble mental, soit un Canadien sur cinq (Statistique Canada, 2015b). La prévalence de ces troubles mentaux au cours d'une année est de 26,4 %. Aux États-Unis et de 4,3 % en Chine (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2012).

L'Association américaine de psychiatrie (2015) classe les troubles mentaux selon des catégories distinctes dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la cinquième version (DSM-V, version française) en :« troubles

neurodéveloppementaux; troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ; troubles bipolaires et connexes ; troubles dépressifs ; troubles anxieux ; troubles obsessionnels-compulsifs et connexes ; troubles liés au traumatisme et au stress; troubles dissociatifs ; troubles de symptôme somatique et connexes; troubles des conduites alimentaires ; troubles de l'élimination ; troubles du sommeil-veille; dysfonctions sexuelles ; dysphorie liée au genre ; troubles des conduites et des impulsions; troubles liés aux substances et troubles d'addictions; troubles neurocognitifs; troubles de la personnalité ; troubles paraphiliques ; autres troubles mentaux ; troubles des mouvements induits par les médicaments et autres effets indésirables des médicaments ».

Dans la littérature, les troubles les plus fréquents sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Selon l'Association canadienne pour la santé mentale (2017), les troubles de l'humeur affectent environ 10 % de la population. Parmi ces troubles figurent la dépression, le trouble considéré comme étant le plus fréquent. L'OMS (2017 c) estime qu'en 2020, la dépression sera la 2e cause de maladie et d'incapacité la plus fréquente après les maladies cardiovasculaires. Les troubles de l'humeur se caractérisent généralement par une humeur instable et non maîtrisable. Pour leur part, les troubles anxieux sont définis comme étant une importante détresse permanente qui perturbe la vie quotidienne de la personne atteinte. Les symptômes les plus courants sont la tachycardie, l'insomnie et la difficulté à se concentrer (Association canadienne pour la santé mentale, 2017). Selon l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (2014), environ 12 % des Canadiens sont atteints de troubles anxieux, avec une prévalence plus importante chez les femmes (deux fois plus de risque).

Parmi les troubles mentaux graves, les plus fréquents figurent la schizophrénie, la dépression majeure et le trouble bipolaire. La schizophrénie est une maladie touchant le cerveau et affectant la pensée, les sentiments et les émotions, ainsi que les perceptions et les comportements des personnes qui en sont atteintes (Société québécoise de la schizophrénie, 2017). Les symptômes de cette maladie sont généralement comme suit : des hallucinations, des idées délirantes, des troubles de la pensée et des troubles du comportement (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2017). Cette maladie touche environ 1 % de la population mondiale et se manifeste généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (de 16 à 30 ans) (Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 2005).

Selon les statistiques de l'OMS (2017 c), la dépression majeure est un trouble qui touche en moyenne 300 millions de personnes, et il est systématiquement plus élevé chez les personnes souffrant d'une maladie chronique telle que le diabète, l'hypertension, le cancer ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Enfin, les troubles bipolaires touchent de 1 à 2 % de la population (Guelfi & Aude, 2016). Ces troubles se caractérisent par une alternance de phases d'exaltation de l'humeur et de fléchissement de l'humeur (manie ou hypomanie et dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs entre ces phases (Haute Autorité de la Santé [HAS], 2014).

La prise en charge des personnes ayant des troubles mentaux a été soumise à une transformation fondamentale depuis les cinquante dernières années. En fait, à la suite de la désinstitutionalisation des soins et des services psychiatriques réalisée au Canada, dans certains pays européens et aux États-Unis (Dorvil, 1997), il y a eu des transformations majeures telles que la fermeture de lits d'hôpitaux, la diminution de la durée moyenne

des séjours hospitaliers, la diminution du nombre d'intervenants et la reclassification des personnes ayant des troubles (Otero, Landreville, Morin & Thomas, 2005). Ce mouvement a entraîné une démythification de la maladie mentale (Cordner, 2006). Les personnes ayant des troubles mentaux « courants » tels que la dépression, les troubles anxieux, ou troubles psychotiques stabilisés ont été réintégrées dans la communauté à la suite d'une collaboration entre les hôpitaux psychiatriques et les services communautaires. Les soins auprès de ces personnes sont assurés généralement par l'équipe de santé mentale de première ligne, à savoir les médecins, les travailleurs sociaux, etc. Les hôpitaux (consultations externes ou les unités internes en santé mentale) sont désormais réservés aux personnes qui souffrent de troubles mentaux graves ou qui nécessitent une surveillance ou des soins psychiatriques avancés (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009). En 1999, 3,8 % de toutes les admissions dans les hôpitaux généraux (1,5 million de jours d'hôpital) touchaient les personnes ayant des troubles mentaux graves, à savoir les troubles bipolaires, la schizophrénie, la dépression majeure, des troubles de la personnalité, des troubles de l'alimentation et un comportement suicidaire (Agence de la santé publique du Canada, 2001). En fait, ces personnes sont celles qui se trouvent généralement en contact direct avec le personnel soignant exerçant dans les hôpitaux.

2.2 Agressivité, agression et violence

Les termes « agressivité », « agression », « comportements agressifs » et « violence » sont souvent donnés comme synonymes dans la littérature. Pour éviter toute confusion chez le lecteur, il importe de bien les distinguer en s'appuyant sur certaines définitions existantes dans la littérature.

2.2.1 Agressivité. Gbézo (2011) précise que le mot « agressivité », du latin *aggressio*, signifie « aller au-devant de l'autre » ou « attaquer » (p.13). Il ajoute que les deux comportements agressifs principaux sont l'attaque et la menace. Pour sa part, Santé médecine (2014) définit l'agressivité comme tout comportement conscient ou inconscient induit par la violence. Selon l'approche psychanalytique, en revanche, l'agressivité est l'expression d'un désir dans le but de faire reconnaître sa puissance par l'autre (Tisseron, 2012). Benghozi (2010) ajoute que l'agressivité est considérée comme étant une forme d'appel ou une convocation de l'autre dans le but de le provoquer. Cet appel vise à dire ce qui ne peut pas se dire autrement dans le désir d'être entendu. Pour sa part, Freud (1920) stipule que l'agressivité existe depuis l'aube de l'être humain. C'est un comportement inné qui est lié à la pulsion de mort et de vie. Ce comportement se déclenche quand l'être humain se sent menacé dans son bien-être physique ou psychologique. La personne exerce alors une force pour lutter pour le moi dans le but de le conserver et de l'affirmer. Enfin, du point de vue purement cognitivo-comportemental, Bandura (1980) précise que l'agressivité est un comportement acquis, socialement construit et appris. Cette agressivité prend alors une forme négative lorsqu'elle est exprimée par la personne à travers un comportement agressif ou un acte de violence (Varcolis & Halter, 2010).

2.2.2 Agression. L'agression peut se définir comme l'expression comportementale de l'agressivité (Gbézo, 2011). Baron & Richardson (1994) ajoutent que l'agression est un comportement visant à blesser intentionnellement un autre individu. De même, Anderson & Bushman (2002) affirment que l'agression est un comportement visant à causer du dommage et du mal à autrui. Gbézo (2011) classifie

l'agression en trois types : les agressions de « prédation » (p. 15) ; les agressions physiques ou verbales ; et les actes de vandalisme ou de destruction. Les agressions du premier type visent à induire une souffrance pour atteindre un objectif (p. ex., le vol). Quant aux agressions physiques ou verbales, elles sont généralement destinées à porter atteinte à l'intégrité psychologique et physique de la personne qui en est victime. Enfin, le troisième type d'agression est dirigé vers les biens matériels, et non vers les personnes (Gbézo, 2011).

2.2.3 Violence. Le mot « violence » vient du latin *violentia*, qui signifie « force », « vigueur », « puissance » (Tisseron, 2012). En grec, ce mot se dit *bio*, qui signifie « vigueur » ou « force vitale » (Gbézo, 2011). Pour sa part, Gbézo (2011) définit la violence comme l'utilisation de la force en vue de la destruction psychologique et physique de la personne qui en est victime. Du point de vue psychologique, la violence consiste en l'utilisation de la force physique contre quelqu'un dans le but de le dominer, ce qui lui cause des dommages physiques ou psychiques (Michaud, 1986). Il existe trois types de violence : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle ou dirigée contre autrui (familiale et communautaire) et la violence collective (OMS, 2002b). L'OMS affirme que la « violence résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux » (OMS, 2002 b, p. 13).

En se basant sur ce qui précède et grâce à cette pluralité de définitions, on peut conclure que ces trois termes sont interreliés et complémentaires. Ils se manifestent selon un continuum. Ainsi, une intention de se montrer ou de s'exprimer (agressivité) peut se mélanger avec certains facteurs de risque (stress, délai d'attente, jugement, type de maladie, etc.) et peut ainsi aboutir à un comportement agressif ou violent. Il est alors

question de passage à l'acte. Gorton & Patridge (1982) comparent d'ailleurs ce passage à l'acte à une escalade. Cela commence avec une émotion normale et se développe jusqu'à devenir une attaque volontaire. Autrement, la violence englobe l'agressivité associée aux comportements agressifs.

Pour répondre aux objectifs de cette présente étude doctorale et pour éviter toute ambiguïté chez le lecteur, nous adopterons la définition suivante de Gbézo (2012) : la violence est l'utilisation de la force en vue de la destruction psychologique et physique de la personne qui en est victime.

2.3 Soins infirmiers psychiatriques

Plusieurs auteurs ont décrit les difficultés rencontrées par le personnel soignant travaillant en milieu psychiatrique (Forté, 2014 ; Gates *et al.*, 2011 ; Kindy, Peterson & Parkhurst, 2005). Le personnel infirmier est confronté à des situations cliniques et éthiques extrêmes, intensifiées par la détresse intense parfois présente dans l'environnement de travail, d'une part, et par certains comportements agressifs des patients, d'autre part (Williams, 2003). Il doit simultanément soigner et « contrôler » un ensemble de bénéficiaires, c'est-à-dire qu'il doit prodiguer des soins et observer les principes éthiques et déontologiques qui guident sa pratique professionnelle tout en protégeant les autres patients et le reste de l'équipe (Saint-Arnaud, 2009 ; Monceau, 1999). Plusieurs auteurs attestent le rôle du personnel infirmier en santé mentale ne se limite pas aux soins ; il doit aussi assurer sa sécurité et celle des autres patients (Harmic, Spross & Hanson, 2009 ; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Ce double rôle influe fortement sur sa capacité et ses compétences à prodiguer des soins de qualité

(Carlsson *et al.*, 2006 ; Eker, Ozder, Tokac, Topcu & Tabu, 2012 ; Gates, Fitzwater & Meyer, 1999).

Toutefois, soigner des personnes qui ont été marginalisées, stigmatisées et mises au ban de la société demande de la part du soignant un réel engagement (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012 ; Page & Banville, 2011). Les personnes souffrant de troubles mentaux ont besoin, encore plus que le reste de population, de pouvoir rêver, croire et espérer. Elles ont besoin d'espoir pour pouvoir surmonter leur maladie. Devant la violence des émotions liées à l'exclusion sociale, les soignants sont appelés à faire confiance aux ressources des personnes ayant des troubles mentaux, à les accompagner, à les assister et à les soutenir (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Les soigner, c'est traverser avec eux une partie de ce qu'ils vivent (l'exclusion, les souffrances, etc.) et partager une vulnérabilité commune (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2011 ; Page & Ricard, 2006). Cet accompagnement peut permettre au patient de prendre conscience de ce qu'il vit et de s'appuyer sur lui-même pour traverser cette étape de sa vie sans être complètement détruit (Ricard, Page, & Laflamme, 2014). Dans leur monde de privation et de souffrances, les personnes ayant des troubles mentaux peuvent chercher à entreprendre, dans leurs rapports avec les soignants, une quête de confiance pour créer des alliances. Ils espèrent trouver un peu de « chaleur humaine », qui se fait parfois rare dans leur entourage immédiat et quasi impossible auprès du reste de la population (Association canadienne pour la santé mentale, 2017), pour cela, le professionnel de la santé doit répondre aux besoins d'une population temporairement ou chroniquement vulnérable en se conformant aux principes fondamentaux de soins (Laflamme, 2010).

Les soins constituent une relation ou un lien d'engagement entre le soignant et le soigné. Ce lien peut se définir comme « la capacité à créer une connexion émotionnelle avec l'autre, aussi dangereux soit-il » (Kohlrieser, 2009 p. 29). Pour sa part, Watson (2001, 2002) considère les soins infirmiers comme un art visant à synchroniser une harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme du patient, et ceux du soignant. Cette concordance est possible dès que le soignant et la personne soignée se trouvent dans une transaction d'humain-à humain, avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal unique (Watson, 2006). D'ailleurs, Watson (1998) a mentionné les ingrédients nécessaires à cette transaction, à savoir le respect des croyances et de l'espoir des autres ; le respect de soi et des autres ; la congruence ; la sincérité ; l'empathie et la chaleur humaine. Ainsi, devant la violence, d'une part, et la fragilité et la vulnérabilité des personnes ayant des troubles mentaux, d'autre part, le personnel infirmier doit être bien outillé pour intervenir efficacement et fournir le meilleur soin possible à cette catégorie de patients (Williams, 2003).

2.4 Interventions visant à diminuer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux

Dans la littérature, il existe un éventail d'interventions servant à prévenir et à gérer la violence chez les personnes ayant des troubles. Ces interventions peuvent se classer en interventions curatives, ou plus particulièrement médicamenteuses, et en interventions préventives. La liste des interventions présentées ci-dessous ne prétend pas être exhaustive ; d'autres interventions sont également possibles. Parmi les interventions curatives, l'utilisation de médicaments pour gérer les comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux figure comme la plus remarquable dans la

littérature (Frogley, Taylor, Dickens & Picchipni, 2012 ; Jones *et al.*, 2011 ; Zeller & Rhoades, 2010). Selon une méta-analyse des études randomisées contrôlées ($n = 10$) réalisée par Jones *et al.* (2011), certains stabilisateurs de l'humeur, notamment la carbamazépine/oxcarbazépine, la phénytoïne et le lithium sont des traitements efficaces pour diminuer le niveau de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux. Dans les études, les doses mentionnées étaient celles-ci : phénytoïne ($n = 4$) : 300 mg/jour ; lithium ($n = 1$) : sérum = 0,6-1 mEq/L ; carbamazépine ($n = 1$) : 450 mg/jour; oxcarbazépine ($n = 1$) : 1 200-2 400 mg/jour. Toutefois, les auteurs mentionnent que la qualité des études randomisées était variée, et la majorité d'entre elles présentait des risques élevés de biais, ce qui remet en question les résultats obtenus.

Pour leur part, Frogley *et al.* (2012) soutiennent, selon les résultats de leur revue systématique, que la clozapine est un traitement efficace pour la diminution de la violence chez les personnes souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques. La clozapine est principalement réservée aux personnes souffrant de troubles mentaux graves tels que la schizophrénie et les troubles psychotiques. Cependant, dans cette étude, il n'y avait aucune preuve quant à l'efficacité réelle de ce traitement pour les personnes ayant des troubles mentaux en général. Enfin, pour d'autres auteurs, l'administration par voie orale ou intramusculaire de médicaments comme l'olanzapine, la rispéridone, l'aripiprazole, la quétiapine ou l'halopéridol s'est avérée efficace pour diminuer l'agitation associée à la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux (Zeller & Rhoades, 2010).

Quant aux interventions préventives, elles sont multiples et variées. Dans cette catégorie figurent la formation du personnel, l'utilisation de mesures de contrôle et

l'évaluation du risque de violence comme étant les interventions les plus abordées dans la littérature.

Les études indiquent que la formation du personnel soignant n'a aucune influence sur la gestion de la violence, quelle qu'elle soit, en milieu de soins en général ou dans les unités de psychiatrie en particulier (Heckemann *et al.*, 2015 ; Hills *et al.*, 2015 ; Livingston, Verdum, Brink, Lussier & Nicholls, 2010; Price, Baker, Bee & Lovell, 2015 ; Richter, Needham & Kunz, 2007). En revanche, cette intervention accroît le niveau de connaissances et les compétences du personnel soignant (Heckemann *et al.*, 2015 ; Price *et al.*, 2015), et permet de diminuer le recours à certaines mesures de contrôle (Livingston *et al.*, 2010). La plupart des programmes de formation sont basés sur des informations théoriques concernant les méthodes de prévention et de gestion de la violence, les compétences d'interaction, les dilemmes éthiques, les approches de la communication verbale, etc. Selon le programme, cette formation a une durée variant entre 4 heures et 24 sessions/semaine (Heckemann *et al.*, 2015). Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton (2004) affirment que la formation du personnel soignant est une intervention visant à développer un savoir-faire et un savoir-être chez le personnel, et non une intervention servant à diminuer la fréquence des comportements agressifs.

Quant à l'utilisation de moyens coercitifs ou de contrôle, certains auteurs attestent la non efficacité de ceux-ci dans la diminution de la fréquence de la violence. Cette intervention peut toutefois être vue comme une solution de secours en cas d'échec des autres interventions préventives (Johnson, 2010 ; Nelstrop *et al.*, 2006). Enfin, l'évaluation du risque de violence est une autre intervention qui soulève plusieurs

réflexions dans la littérature. Elle constitue une intervention fortement recommandée dans la pratique professionnelle en santé mentale (Croker, Coté & Moscato, 2008 ; Larue & Goulet, 2013 ; Zhou et al., 2016). La section suivante explique davantage cette intervention.

2.5 Évaluation du risque de violence

L'expression « évaluation du risque » est apparue vers la fin de l'année 1970 devant l'échec de réaliser des prédictions efficaces (Almvik, 2008). Pour cette raison, les chercheurs et les cliniciens se sont tournés vers la notion appelée « évaluation structurée du risque » (Millaud & Dubreucq, 2012). Selon l'OMS, l'évaluation du risque est « une façon méthodique d'estimer la charge morbide ou traumatique imputable à divers risques » (OMS, 2002, p. 13). Hanson (2009) définit l'évaluation du risque comme étant l'estimation de la probabilité de survenue d'un événement indésirable futur tout en se basant sur un ensemble de variables préalablement établies et connues. Pour leur part, Skeem & Monahan (2011) définissent l'évaluation du risque comme étant un processus d'utilisation de certains facteurs en vue d'estimer la probabilité de survenue d'un effet indésirable (traduction libre, p. 38).

La littérature fait mention de nombreux outils d'évaluation du risque de la violence (Whittington *et al.*, 2013 ; Zhou *et al.*, 2016). Selon huit études (cinq revues systématiques et trois enquêtes), il existe neuf outils qui sont d'ailleurs les plus utilisés : Brøset Violence Checklist (BVC), Historical Clinical Risk-20 (HCR-20), Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Level of Service Inventory-Revised (LSI-R), Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), Violence-Risk 10 (V-RISK-10), Short-Term Assessment of Risk and

Treatability (START), Violence Risk Scale (VRS) (Bengtson & Pedersen, 2008 ; Carlow, Lewis, Showen, & Hall, 2015 ; Hounsoume, Whittington, Brown, Greenhill & McGuire, 2016 ; Khirouya, Weaver, & Maden , 2009 ; Singh, Grann & Fazel, 2011 ; Singh, Serper & Reinharth, 2011 ; Viljoen, McLachlan, & Vincent, 2010 ; Zhou et al, 2016) (voir Tableau B2.1 annexe B). Ces outils possèdent toutefois des caractéristiques psychométriques différentes. Pour cette raison, il s'avère important de se baser sur certains critères fondamentaux pour l'évaluation de la qualité des outils. Nous avons toutefois remarqué que les deux critères les plus couramment vérifiés sont la fiabilité et la validité ; nous nous intéresserons donc seulement à ces deux critères.

2.5.1. Outils d'évaluation du risque de violence. Les neuf outils d'évaluation du risque de violence les plus utilisés et qui ont été mentionnés dans les huit études sont les suivants : BVC, HCR-20, PCL-R, VRAG, LSI-R, SAVRY, V-RISK-10, START, VRS. Pour vérifier la validité de ces outils, nous avons seulement tenu compte des valeurs de l'aire sous la courbe ou Area Under the Curve (AUC) en anglais. Selon Singh, *et al.*, (2013), les valeurs AUC sont le meilleur indicateur de la mesure du degré de validité prédictive des outils d'évaluation du risque. Pour vérifier la fiabilité de l'outil, nous avons pris en considération la cohérence interne (alpha de Cronbach); et la stabilité (coefficient de corrélation interclasse [CCI]), coefficient de stabilité [test-retest]). En ce qui concerne l'interprétation des valeurs de la fiabilité (consistance ou cohérence interne), un CCI de moins de 0,60 est considéré comme insuffisant, de 0,60 à 0,70 (suffisant), et enfin de plus de 0,70 (bon) (Nunnally & Bernstein, 1994). En ce qui concerne alpha de Cronbach (α), une valeur de 0,7 est considérée acceptable, 0,8 satisfaisante ; et plus que

0,8 bon (Nunnally & Bernstein, 1994). Enfin, pour la validité, une valeur d'AUC plus de 0,7 indique un bon niveau de validité prédictive (Fortin & Gagnon, 2016).

BVC (Almvik & Woods, 1998, 2000). Le BVC est un outil destiné à prédire les comportements agressifs dans les 24 heures qui précèdent leur manifestation. Il évalue la présence ou l'absence de six comportements, soit la confusion, l'irritabilité, l'agitation, les menaces physiques, les menaces verbales et les attaques contre des objets. Le personnel soignant doit attribuer le score 1 en présence de l'un de ces comportements, et 0 en cas d'absence. Avec un score total supérieur à 2, le risque de violence est considéré comme très élevé. Des mesures préventives devraient être alors prises et appliquées immédiatement, par exemple des exercices de relaxation, la communication avec le patient, une surveillance continue, l'isolement ou des mesures de contention (Abderhanden *et al.*, 2008).

Le BVC a été conçu (Almvik & Woods, 1998 ; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000) en s'inspirant des travaux de Linaker & Buschiversen (1995), qui œuvraient à Brøset en Norvège. Après un examen quotidien des rapports des dossiers médicaux de 92 patients admis dans une unité de soins à haute sécurité (entre 1988 et 1993), Linaker & Buschiversen (1995) ont constaté la présence de 56 différentes formes de comportements, dont six se répétaient fréquemment avant tout incident agressif. Ces six comportements sont ceux qui se trouvent actuellement dans l'outil BVC et qui sont mentionnés ci-dessus.

Nous nous intéresserons, d'une part, à la fiabilité de ces outils de mesure et, d'autre part, aux aspects liés à leur validité. La fiabilité du BVC a été testée et mise en évidence dans différentes unités de soins (psychiatrique, gériatrique, etc.) par plusieurs recherches empiriques, et ce, dans plusieurs pays du monde (Norvège, Suisse,

États-Unis, Australie et Canada) (Almvik & Woods, 1998). Les résultats de ces études ont démontré sa fiabilité ; la meilleure valeur a été constatée dans l'étude de Yao *et al.* (2014), en Chine, dans laquelle on trouve une bonne stabilité temporelle avec le coefficient de corrélation interclasse (CCI = 0,84).

Sur le plan de sa validité, le BVC s'est révélé un outil efficace pour la prédiction des comportements hostiles qui peuvent se manifester dans les 24 heures précédant leur manifestation (validité prédictive). Treize études ont mis en évidence ce critère ; il s'agit de celles d'Almvik & Woods, 1998 ; d'Almvik, Woods & Rasmussen, 2000 ; d'Almvik, Woods & Rasmussen, 2007 ; d'Abderhalden *et al.*, 2004 ; d'Abderhalden *et al.*, 2006 ; de Bjorkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006 ; de Clarke, Brown & Griffith, 2010 ; de Chu *et al.*, 2013 ; de Hvidhjelm, Sestoft, Skovgaard & Bjorner, 2014 ; de Rechenmacher *et al.*, 2014 ; de Van de Sande *et al.*, 2013 ; et de Yao *et al.*, 2014. De même, les valeurs AUC se situaient entre 0,77 et 0,94. La meilleure valeur AUC a été rapportée dans l'étude d'Almvik, Woods & Rasmussen (2007) (AUC = 0,94). Ces valeurs constituent un précurseur de la validité du BVC (Tableau B2.2 en annexe B).

HCR-20 (Webster *et al.*, 1995, 1997). Le HCR-20 est un outil qui permet d'évaluer à la fois le risque de violence et la gestion des risques. Comme son nom l'indique, il se compose de 20 éléments, dont 10 servent à évaluer le passé de la personne ou son historique (H), 5 sont utilisés pour l'état clinique de la personne ou, autrement dit, son présent (C) et, enfin, 5 le sont pour le futur ou, plus précisément, la gestion du risque dans le futur (R). L'HCR-20 a été conçu en 1995, puis il a été révisé par Webster, Douglas *et al.* en 1997. La dernière version est la plus utilisée.

Plusieurs études ont mis en évidence les caractéristiques psychométriques de cet outil dans les milieux correctionnels et les hôpitaux psychiatriques (voir Tableau B2.3 en annexe B) (Belfrage, 1998 ; Belfrage, Fransson & Strand, 2000 ; Belfrage, Fransson & Strand, 2004 ; Claix & Pham, 2004; De Vogel & De Ruiter, 2006; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; Douglas & Webster, 1999; Doyle, Dolan & MacGovern, 2002; Nicholls, Ogloff & Douglas, 2004; Persson, Belfrage, Fredriksson *et al.*, 2017). Ces études ont prouvé la fiabilité et la validité du HCR-20. En effet, dans toutes ces études, la valeur du coefficient alpha de Cronbach variait entre 0,74 et 0,78. Les valeurs obtenues demeurent donc largement supérieures à la valeur de 0,70 recommandée par Nunnally & Bernstein (1994). En outre, l'outil présente une bonne validité en raison des valeurs AUC qui variaient entre 0,73 et 0,86. Toutefois, certains auteurs mentionnent qu'il faut vraiment du temps et d'expertise pour répondre aux questions de cet outil (Gray *et al.*, 2011).

PCL-R (Hare, 1991, 2003). Le PCL-R est un outil se composant de 20 items évalués comme suit : absent (0), probablement présent (1), absolument présent (2). Il sert à évaluer les causes des attitudes psychopathologiques et des comportements antisociaux et négatifs envers autrui, et ce, dans les milieux de soins et les milieux correctionnels (Vitale & Newman, 2001).

Plusieurs recherches appuient la fiabilité de cet outil (voir Tableau B2.4 en annexe B). Dans ces études, le CCI variait de 0,81 à 0,96. Quant à sa validité, elle est considérée comme moyenne, avec des valeurs AUC allant de 0,56 à 0,70 (Coid *et al.*, 2009 ; Fazel *et al.*, 2012 ; Gendreau, Goggin & Smith, 2002 ; Hare, 1991, 2003 ; Liu *et*

al., 2010 ; Medina *et al.*, 2013 ; Moltó, Poy, & Torrubia, 2000 ; Murrie, *et al.*, 2012 ; Ostrosky, Rodriguez, Arias & Vazquez, 2008).

VRAG (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998, 2006). Le VRAG est un outil qui a été conçu au Canada à la suite d'une recherche rétrospective auprès de personnes délinquantes internées dans un hôpital psychiatrique à haute sécurité. Il s'agit d'un outil contenant 12 items et permettant de prédire les comportements agressifs chez les personnes délinquantes vivant dans la communauté, ou internée dans les hôpitaux psychiatriques à haute sécurité ou dans les prisons (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998).

Le CCI était élevé, variant ainsi entre 0,90 et 0,91, ce qui indique une bonne stabilité (Harris, Rice, & Cormier, 2002 ; Pouls & Jeandarme, 2014 ; Van Heesch, Jeandarme, Poulsand Vervaeke, 2016) tandis que l'alpha de Cronbach était moyen allant de 0,63 à 0,72 (Loza *et al.*, 2002 : $\alpha = 0,72$; Van Heesch , Jeandarme, Poulsand Vervaeke, 2016, $\alpha = 0,63$; Vitacco *et al.*, 2012 : $\alpha = 0,67$). La validité de cet instrument est considérée comme étant bonne, puisque les valeurs AUC variaient entre 0,70 et 0,86 (voir Tableau B2.5 en annexe B) (Glover, Nicholson, Bernfeld & Quinsey, 2002 ; Kroner, Stadland, Eidt & Nedopil, 2007 ; Loza *et al.*, 2002 ; Nugent, 2001 ; Nunes, Firestone, Bradford, Grennberg & Broom, 2002 ; Sjöstedt & Langström, 2002).

LSI-R (Andrews & Bonta, 1995). Cet outil, qui contient 54 items, se divise en 10 domaines : histoire criminelle ; éducation/emploi ; situation financière ; famille/état matrimonial ; problèmes d'alcool et de drogue ; logement/hébergement ; loisirs ; compagnons/entourage ; santé émotionnelle/personnelle ; attitudes/orientations du patient (Andrews & Bonta, 1995).

La valeur alpha de Cronbach ($\alpha = 0,89$) indique une bonne cohérence interne de ce dernier. De même, les valeurs AUC varient entre 0,64 et 0,93, donnant ainsi un prédicteur de la validité du LSI-R. Ce dernier s'est montré aussi efficace dans la détection du risque de récurrence de violence ($r = 0,26$) (Farrington, Joliffe & Johnstone, 2008 ; Folsom & Atkinson, 2007 ; Geraghty, & Woodhams, 2015 ; Lowenkamp, & Bechtel, 2007 ; Singh, Grann, Fazel, 2011 ; Simourd & Malcolm, 1998 ; Persson, Belfrage, Fredriksson & Kristiansson, 2017 ; Vose, Smith, & Cullen, 2013) (voir Tableau B2.6 en annexe B).

SAVRY (Borum, Bartel & Forth, 2002, 2003). Le SAVRY est un outil utilisé pour prédire la violence chez les adolescents. Il est composé de 24 éléments répartis dans trois domaines de risque, soit les facteurs de risque historiques, les facteurs de risque sociaux/contextuels et les facteurs de risque individuels/cliniques. En plus de ces 24 facteurs de risque, le SAVRY comprend également six facteurs de protection, pour un total de 30 items. Les réponses possibles pour ces items sont : présent (2), possible ou faiblement présent (1), absent (0).

Le SAVRY est un instrument qui se caractérise par une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,84) et une bonne validité (AUC = 0,68 et 0,81) (Catchpole, & Gretton, 2003 ; Chattha, & Meyers, 2008 ; Dolan & Rennie, 2008 ; Lodewijks, Doreleijers, de Ruitter, & Borum, 2008 ; Lodewijks, Doreleijers, de Ruitter, & Borum, 2008 ; Meyers, & Schmidt, 2008 ; Welsh, Schmidt, McKinnon ; Zhou, Witt, Cao, Chen, & Wang, 2017) (voir Tableau B2.7 en annexe B).

V-RISK-10 (Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry in Oslo, 2008). Le V-RISK-10 est un outil composé de 10 items visant à évaluer les facteurs de risque psychosociaux de violence chez les patients lors de leur congé de

l'hôpital. Il a été conçu par le Centre de recherche et d'éducation en psychiatrie légale d'Oslo et s'inspire à la fois du BVC et du HCR-20.

Plusieurs études ont mis en évidence la fiabilité de cet outil qui présente ainsi une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,86 ; CCI = 0,770) (voir Tableau 2.8 en annexe B). En ce qui a trait à la validité de cet outil, les valeurs d'AUC confirment le fait qu'il a une bonne validité prédictive (AUC = 0,80-0,97) (Bjorkly, Hartvig, Heggen, Brauer & Moger, 2009 ; Eriksen, Bjørkly, Færden, Friestad, Hartvig, & Roaldset, 2016 ; Roaldset, Hartvig & Bjørkly, 2011 ; Zhan, *et al.*, 2013).

START (Webster, Martin, Brink et al., 2004). Cet outil contient 20 items regroupés en sept grands thèmes, soit le risque de violence envers autrui, le risque de suicide, le risque d'automutilation, le risque d'autonégligence, le risque du congé non autorisé, le risque d'abus de substances et, enfin, le risque de victimisation. La réponse à ces items se fait selon une échelle à trois réponses possibles : non présent (0), possiblement présent (1), présent (2). Le START est un instrument visant à gérer les différents types des risques en milieu hospitalier. Contrairement à d'autres outils, il est un outil valable pour toutes les disciplines et il peut être utilisé dans plusieurs milieux de soins : santé mentale, milieu communautaire, milieu correctionnel (Woods & Kettles, 2009).

En ce qui a trait aux propriétés psychométriques du START, certains auteurs affirment qu'il s'agit d'un outil fiable (CCI = 0,87 ; alpha de Cronbach = 0,80-0,97) (Nicholls, Brink, Demarais, Webster & Martin, 2006 ; Nonstad *et al.*, 2010 ; Wilson, Desmarais, Nicholls & Brink, 2010), en plus de présenter de bons résultats de validité

(AUC = 0,80-0,95) (O'Shea & Dickens, 2014 ; O'Shea, & Dickens, 2016 ; Marriott, O'Shea, Picchioni & Dickens, 2017) (voir Tableau B2.9 en annexe B).

VRS (Wong & Gordon, 1999-2003). Le VRS se compose de 26 items et vise à évaluer le risque de récurrence de violence ainsi que le changement de ce risque pendant le traitement. Cette évaluation est réalisée selon l'échelle suivante : absent (0), faible (1), moyen (2), présent (3).

Les résultats des études ont démontré qu'il s'agit d'un bon instrument pour la prédiction de récurrence de violence en raison d'une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,60-0,90 ; CCI = 0,93) et de bonnes valeurs de validité (AUC = 0,83) (Stockdale, Olver & Wong, 2013 ; Wong, 2011 Wong & Gordon, 2006 ; Wong & Parhar, 201 ; Tableau B2.10 en annexe B).

En conclusion, les outils d'évaluation du risque de violence sont de plus en plus utilisés en milieu clinique (Almvik, 2008). Cette présente section a mis en lumière un éventail d'outils ainsi que leurs propriétés psychométriques respectives, notamment en ce qui a trait à leur fiabilité et à leur validité. Plusieurs outils tels que le LSI-R, le VRAG et le HCR-20 sont destinés plus particulièrement à la prédiction de la violence aux milieux correctionnels et pour les personnes délinquantes. En revanche, d'autres outils sont plus généraux et peuvent être utilisés pour évaluer le risque de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux, notamment le PCL-R, le BVC et le VRS. Le BVC semble l'outil le plus simple et le plus clair, puisqu'il ne comporte que six items d'évaluation et qu'il a de bonnes propriétés psychométriques. Enfin, chacun de ces outils d'évaluation comporte également des interventions suggérées sur la base des résultats de l'évaluation.

Chapitre 3

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3. Méthodologie

Ce chapitre présente les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs de cette recherche doctorale. À rappeler que le but général de ce projet doctoral est de déterminer les interventions que les infirmières ou infirmiers peuvent utiliser pour diminuer la violence chez les personnes souffrant de troubles mentaux. En première partie, les méthodes de la revue systématique sont énoncées suivies en deuxième partie des méthodes de l'étude transversale.

3.1. Revue systématique de la littérature

3.1.1 But/Questions de recherche. Le but général de la revue systématique est de déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour diminuer les comportements agressifs ou violents des personnes ayant des troubles mentaux. Les questions de recherche spécifiques qui ont guidé l'étude étaient les suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques des interventions visant à diminuer les comportements agressifs ou violents chez les personnes ayant des troubles mentaux ; et
2. Quels sont les effets de ces interventions sur la personne, le personnel infirmier et les services de soins de santé, s'il y a lieu ?

3.1.2 Méthodes. La revue systématique a été réalisée en s'appuyant sur un protocole détaillé préalablement établi selon la Collaboration Cochrane pour les revues systématiques d'interventions (Cochrane Handbook, 2006) et les lignes directrices PRISMA (*Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis*) pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses (Shamseer *et al.*, 2015). Le protocole de la revue systématique a été développé a priori afin d'atténuer le

risque de biais dans les processus de sélection et d'évaluation des études incluses.

L'élaboration d'un protocole a priori est un bon indicateur de la bonne qualité d'une revue systématique de la littérature (Higgins & Green, 2011; Shea, Boers, Grimshaw, Hamel et Bouter, 2006).

3.1.3 Critères d'éligibilité. En se référant aux questions de recherches et aux critères PICOS (participant [*P*], Intervention [*I*], Comparaison [*C*], *Outcomes* ou Résultats en français [*O*] et les études incluses [*S*]), les critères d'éligibilité des études ont été déterminés (Stone, 2002). Le Tableau 3.1 résume ces critères.

Population. La revue systématique incluait les études réalisées dans les services de soins de santé, et portant sur toute personne âgée de 18 ans et plus, ayant des troubles mentaux et manifestant des comportements agressifs ou violents. Toute étude portant sur les personnes atteintes d'une démence a été systématiquement exclue. En fait, les troubles comportementaux qui accompagnent la démence incluant les agressions verbales et physiques sont généralement liés à l'atteinte cérébrale (problème neurologique). Ces comportements s'ajoutent fréquemment au tableau clinique des déficits cognitifs et perceptuels des démences (Santé et des Services sociaux du Québec, 2009). Enfin, ont été exclues de la revue systématique toutes les études portant sur les personnes âgées moins de 18 ans et plus de 65 ans. En effet, les soins auprès de ces personnes sont donc plus spécialisés. En vieillissant, de nombreuses personnes âgées commencent à souffrir de divers problèmes de santé progressivement plus complexes et qui exigent d'ailleurs des besoins en matière de soins de santé différents à ceux demandés par d'autres populations (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). De même, la prise en charge des enfants et adolescents (personnes âgées de 18 ans et moins) nécessite une organisation

matérielle, et des compétences professionnelles adaptées à leur âge et à leur situation de confort moral et physique (HAS, 2010).

Le type d'intervention. Les études ont été incluses si leurs interventions visaient à diminuer les comportements agressifs ou violents. Toutefois, les interventions réalisées en milieu carcéral n'ont été pas considérées. En réalité, la pratique des professionnels de la santé en milieux correctionnels est colorée par des dimensions qui lui sont propres (les aspects sécuritaires, la culture carcérale) et qui sont différentes à ceux rencontrés en milieux de soins civils (Holmes & Jacob, 2012). De même, les interventions médicamenteuses ont été exclues, étant donné que plusieurs études ont déjà évalué l'efficacité de cette intervention. Enfin, toute intervention éducative pour le personnel soignant a été exclue à cause de la non-efficacité de cette dernière dans la diminution de la fréquence de la violence en milieux de soins (Price *et al*, 2015 ; Heckemann *et al*, 2015).

Le comparateur. Les études ayant comme comparateur les soins ordinaires et/ou une deuxième intervention visant à diminuer les comportements agressifs ont été retenues.

Les résultats (outcomes) primaires. Les effets de l'intervention sur l'agression\violence, tels que la diminution de la fréquence de l'agression ou violence.

Les résultats secondaires. Les effets de ces interventions sur les patients/infirmières/services, dont la tolérance, la confiance en soi, les représentations sociales, les connaissances du personnel soignant, les attitudes du personnel, le niveau de stress, le coût des dommages, etc.

Le type d'études incluses. Cette revue systématique a inclus les études d'interventions (les essais contrôlés randomisés, les essais non randomisés, les études contrôlées avant et après) publiées entre 1990 et 2015.

Au début, nous avons choisi d'inclure seulement les essais contrôlés randomisés, étant donné que par rapport à d'autres formes d'études, ces études constituent le standard méthodologique le plus élevé. Elles impliquent une plus grande objectivité et une moins grande sensibilité aux biais, et elles sont considérées comme le « Gold standard » dans l'évaluation de l'efficacité des interventions (Kleist, 2006). Mais, ensuite et après le nombre limité des RCT retrouvées, d'autres études non randomisées telles que les études de cohorte, ont été prises en considération à l'inclusion tout en suivant les recommandations de Cochrane Handbook (2011). Le choix de l'intervalle de temps (entre 1990 et 2015) reposait en fait sur la réforme qu'a subie le système de santé mondial. À partir de ces années, il y avait une évolution progressive vers ce que l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) appelle le nouvel universalisme dans le monde entier (le système de santé mondial). En se fondant sur des critères d'efficacité, de coût, et d'acceptabilité sociale, toutes les personnes ont bénéficié de la même qualité des soins, quel que soit leur statut socioéconomique, financier ou social (OMS, 2000).

La langue. Aucune restriction au niveau de la langue (anglais, français, ou autre langue peut se traduire en français ou anglais).

Tableau 3.1*Les critères d'éligibilité (PICOS).*

	CRITÈRE D'INCLUSION	CRITÈRE D'EXCLUSION
Population	<ul style="list-style-type: none"> Des personnes atteintes d'un trouble mental ayant eu des comportements agressifs ou violents dans un milieu de soins de santé Les personnes de 18 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> Les personnes âgées de moins de 18 ans et celles de plus de 65 ans Les personnes atteintes d'une démence Les personnes incarcérées
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Toute intervention visant à diminuer les comportements agressifs ou violents 	<ul style="list-style-type: none"> Toute intervention qui ne vise pas la diminution des comportements agressifs ou violents Interventions de formation pour le personnel soignant Les soins médicolégaux Interventions médicamenteuses
Comparaison	<ul style="list-style-type: none"> Soins ordinaires : toute autre intervention qui ne vise pas à diminuer les comportements agressifs ou violents Une deuxième intervention qui vise à diminuer les comportements agressifs 	<ul style="list-style-type: none"> Il n'y a pas d'intervention de comparaison incluse dans l'étude.
Outcomes (Résultats)	<ul style="list-style-type: none"> Primaires : les effets des interventions sur la fréquence de l'agression : diminution de l'agression ou violence Secondaires : les effets sur les patients/les infirmières/les services ; le changement des attitudes 	
Type d'études incluses	<ul style="list-style-type: none"> Les essais cliniques randomisés Les essais cliniques non randomisés (Interrupted Time Series, pré/post avec groupe de contrôle) 	<ul style="list-style-type: none"> Autre que ce type d'études, notamment les études qualitatives ou quantitatives, ou pré/post sans groupe de contrôle
Langue de la publication	<ul style="list-style-type: none"> Français, anglais ou toute autre langue pouvant être traduite en français ou en anglais 	
Date de publication	<ul style="list-style-type: none"> 1990-2015 	<ul style="list-style-type: none"> Avant 1990

3.1.4 Stratégie de recherche.

Les sources d'informations. Les études ont été identifiées en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en revues systématiques. La recherche d'information a été réalisée essentiellement dans les bases de données suivantes : Medline, PsychINFO, Cochrane Reviewers, CINHALL et Embase. Ces bases de données ont été retenues en vertu de leur système d'indexation en général utilisée par les auteurs des principales disciplines, et plus précisément dans le domaine de la santé.

La recherche documentaire. Les mots-clés (*agression or violence, mental health disorders, health personnel, interventions...*) ont été introduits dans les bases de données précitées afin de retrouver des articles appropriés à notre étude (voir un exemple de stratégie de recherche sur Medline en annexe). Les articles jugés pertinents ont été explorés pour identifier les *MESH* (Medical Subject Heading) potentiels. Par l'intermédiaire de lexiques de mots clés de chaque base de données, tous les titres et les sous-titres de *MESH* pertinents ont été recherchés.

3.1.5 Sélection des études. Après la recherche documentaire précitée, tous les articles en doublon ont été enlevés à l'aide du logiciel Endnote. Ensuite, et pour assurer la fiabilité de triage, deux personnes (la chercheuse principale IS ; et au moins une de trois autres chercheuses : WP, DS, AV) ont appliqué d'une manière indépendante les critères d'inclusion et d'exclusion pour identifier les articles pertinents. Nous avons recours à deux personnes afin d'assurer une meilleure objectivité et d'éviter les erreurs, mais aussi sur la possibilité de rejeter des articles pertinents et de qualité (Liberati et al, 2009).

Les titres, les résumés et le texte intégral des documents ont été triés en fonction de leur pertinence par rapport au présent sujet. Cette opération a été réalisée selon trois

niveaux par les deux examinateurs et d'une façon indépendante à l'aide du logiciel Covidence. Pour le niveau (I), les titres recensés par la stratégie de recherche ont été examinés afin d'identifier toutes les études portant sur le phénomène de l'agression ou violence en milieux de soins. Si le titre a répondu à ce critère général, l'article a été retenu, sinon, il a été exclu. Pour le niveau (II), les résumés ont été évalués en utilisant les critères d'inclusion/exclusion. Si les critères d'inclusion ont été identifiés, l'article a été retenu. S'il n'y a pas de résumés ou si les informations sont insuffisantes, le niveau III s'imposait. Le niveau (III) comprenait un examen de dépistage du texte intégral de chaque article. Si les critères d'inclusion et d'exclusion ont été identifiés, l'article a été retenu. Dans le cas contraire (aucun critère n'est identifié), l'article a été exclu. Après une comparaison entre les deux listes de deux examinateurs, un consensus sur les différences a été réalisé, et si nécessaire, une troisième personne a été consultée pour aider à prendre une décision. Enfin, une recherche manuelle des articles a été effectuée, à l'aide d'une liste des références des études sélectionnées.

3.1.6 Collecte des données. La collecte de données a été effectuée par deux examinateurs indépendants afin de réduire les risques de biais et d'erreurs (Jones, Remington, Williamson et al, 2005). Les données ont été extraites des études répondant aux critères d'inclusion en utilisant un tableau d'extraction (sous forme d'un document Excel). Ce dernier comprend :

- Caractéristiques des études (auteur, date, pays, population et milieu de l'étude);
- Caractéristiques des interventions de l'étude (type de l'intervention, durée, fréquence et personnes en responsables);
- Caractéristiques des résultats (principaux résultats, outils utilisés) ;

- Les résultats (statistiques, données significatives reliées à la diminution de la fréquence de l'agression ou violence, ou autres formes...).

3.1.7 Évaluation de la qualité des études. Deux personnes indépendantes ont évalué toutes les études incluses (Liberati et al, 2009). Dans le cas d'une divergence, une troisième personne indépendante ayant une expertise dans la réalisation des revues systématiques a été consultée. Les recommandations de groupe Cochrane (Effective Practice and Organisation of Care [EPOC], 2015, *traduction libre*), ont été suivies pour l'évaluation de la qualité des études incluses. Ce groupe propose neuf critères pour l'évaluation de risque de biais pour les études randomisées et non randomisées. Ces critères sont : 1) la répartition des groupes de l'étude était-elle décrite comme aléatoire ? 2) la répartition aléatoire était-elle effectuée à l'aveugle ? 3) la mesure de résultats de base était-elle similaire entre les deux groupes ? 4) les caractéristiques des participants dans les deux groupes sont-elles similaires ? 5) est-ce que les données sur les résultats incomplets étaient adéquatement abordées ? 6) L'intervention reçue a-t-elle été effectuée à l'aveugle durant toute l'étude ? 7) l'étude a-t-elle été bien protégée contre la contamination, 8) l'étude a-t-elle été exempte de résultats sélectifs ? 9) est-ce que l'étude contient d'autres risques de biais ?

Pour chaque étude, les risques de biais cités ci-dessus ont été jugés selon cette classification : risque élevé, risque faible, risque imprécis.

3.1.8 Analyse et synthèse des données. Une analyse descriptive de toutes les données a été exécutée. La méta-analyse n'a pu être entreprise, étant donné les différences méthodologiques retrouvées dans les études. Nous avons de même recours aux tableaux afin de présenter les résultats trouvés, en plus d'une synthèse narrative dans

le texte. En fait, la synthèse narrative est la méthode la plus adéquate qui sert à explorer la relation et les résultats à la fois au sein et entre les études incluses (Whitehead, Drummond, Walker et Parry, 2013).

3.2. Étude descriptive transversale

3.2.1 But/Questions de recherche. Le but de cette étude est d'évaluer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence par les professionnels de santé dans une unité de santé mentale ainsi que les facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de ce dernier.

Questions de recherche

- Quelles sont les pratiques professionnelles actuelles de l'outil d'évaluation du risque de violence ?
- Quels sont les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence en milieu de soins en santé mentale ?

3.2.2 Méthodes. Une étude descriptive transversale a été réalisée au moyen d'un questionnaire autoadministré auprès des personnes responsables d'effectuer l'évaluation du risque de violence dans une unité interne de santé mentale. Le principal avantage de ce type de recherche est son pouvoir à décrire, expliquer et déterminer les facteurs d'un phénomène de santé à un moment précis (Bousquet, Bousquet, Daures et Demoly, 2004).

3.2.3 Milieu d'étude. L'établissement de santé retenu pour cette recherche est un hôpital situé à l'est de l'Ontario. Ce dernier comporte 289 lits, dont 60 en santé mentale. Nous avons choisi cet hôpital parce qu'il est un centre hospitalier ayant une affiliation universitaire, et qui se distingue en matière de pratiques exemplaires. La recherche se déroulait plus précisément dans l'unité interne de santé mentale. Depuis février 2014,

l'outil « Assault and Violence Assessment Tool » pour évaluer le risque de violence est disponible dans le système électronique, toutefois il ne s'utilise pas d'une manière quotidienne.

3.2.4 Équipe de recherche. En premier lieu, nous avons formé un groupe de recherche qui comprend des chercheurs (IS, AV, WP, DS) et des utilisateurs de connaissances (AS, JA, MH, DV). Les chercheurs possèdent une diversité d'expertise (santé mentale, transfert de connaissances...). Quant à l'équipe d'utilisateurs de connaissances, elle est formée par la directrice de soins infirmiers (AS), une gestionnaire (JA), une administratrice de soins (MH) et une infirmière clinicienne spécialisée (DS). Plusieurs études précédentes ont attesté de l'importance de l'approche collaborative pour la conduite de recherches au cours desquelles les chercheurs et les utilisateurs de connaissances coopèrent au sein de la démarche de recherche (Graham *et al.*, 2006 ; Stacey, Macartney, Carley *et al.*, 2013). Cette collaboration permet de mieux orienter l'opérationnalisation de l'étude (Abdullah et Stacey, 2014) ainsi que l'appropriation des données de la recherche pour l'amélioration des pratiques professionnelles. Notre équipe s'est réunie en mars 2016 pour se mettre d'accord sur la question de la recherche et sur le plan global de l'étude. Tous les membres ont examiné et ont approuvé par la suite le protocole de recherche.

3.2.5 Population d'étude. Pour répondre aux objectifs présentés dans l'introduction, l'étude visait tout le personnel soignant responsable de l'évaluation du risque de violence et qui peut lire en français ou en anglais. Les personnes en congé (maladie, maternité, etc.) au moment de la collecte des données étaient inadmissibles à cette présente étude. Approximativement 45 membres du personnel soignant (infirmières

de pratique avancée, infirmières (ou infirmiers) autorisées, travailleurs (euses) sociaux (ales), ergothérapeutes) ont été identifiés comme personnes responsables de l'évaluation du risque de violence. Toutes ont été invitées à participer à cette étude.

3.2.6. Collecte des données.

Stratégie de recrutement. Pour optimiser le taux de réponse, la collecte de données se déroulait en s'inspirant de la méthode de Dillman et al (2009), à savoir : une prénotification, l'envoi du questionnaire avec l'information au consentement, un renvoi du questionnaire avec l'information au consentement après une semaine ; et enfin deux derniers rappels.

En premier lieu, pour attirer l'attention des éventuels participants, une affiche bilingue annonçant le projet a été placée dans l'unité de soins en santé mentale de l'hôpital ciblé par notre recherche. L'affiche comprenait une description des objectifs ainsi que des détails sur le déroulement de l'étude (voir annexe C). De plus, une de nos utilisatrices de connaissances (**DV**) a diffusé verbalement les informations nécessaires concernant le projet dans l'unité de soins. Ensuite, une semaine plus tard, des enveloppes contenant chacune une lettre d'invitation, un formulaire d'information au consentement, une enveloppe-réponse, le questionnaire à remplir, et une carte-cadeau de 5 \$ pour chaque participant ont été mises dans les pigeonniers des participants (voir annexe D, E, F). À cet effet, il leur a été demandé de remplir le questionnaire, l'insérer par la suite dans l'enveloppe-réponse, et enfin mettre ce dernier dans une boîte fermée placée dans l'unité, portant le titre de notre projet. Les documents suivants (questionnaire et formulaire d'information au consentement et enveloppe-réponse) ont été envoyés de nouveau durant les semaines deux, quatre et cinq. À chacune de ces semaines, la chercheuse principale

(IS) se déplaçait à l'hôpital pour recueillir les enveloppes-réponses dans la boîte fermée et placée dans l'unité de soins. Le montant de 5 \$ a été versé seulement une seule fois (l'envoi initial).

Outil de collecte des données. L'étude reposait sur un questionnaire autoadministré (voir annexe F) permettant de vérifier la fréquence d'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence dans l'unité de soins en santé mentale et d'identifier les barrières et les facilitateurs à l'utilisation de ce dernier dans la pratique clinique. Le questionnaire comporte des questions sociodémographiques (âge, sexe, éducation, expérience de travail...), des questions ouvertes permettant de déterminer la fréquence d'utilisation de l'outil dans la pratique ainsi que les facilitateurs et les barrières à son utilisation, et, enfin, des questions fermées portant sur l'instrument de mesure du changement de comportement des professionnels de la santé (voir annexe G) (Développement Professionnel Continu » [DPC]) (Legaré *et al.*, 2014). L'instrument DPC a été conçu pour évaluer les répercussions des activités de perfectionnement professionnel continu sur le changement de comportement des professionnels de la santé. Le cadre théorique utilisé pour concevoir cet instrument se basait sur un modèle intégré dérivé de deux théories sociocognitives : la théorie du comportement planifié (TPB : Theory of Planned Behavior) et la théorie de Triandis (Theory of interpersonal behavior) (Légré *et al.*, 2015). Cet instrument se compose de douze questions fermées. Chaque réponse est évaluée sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord, ou extrêmement difficile, ou inutile, ou néfaste) à 7 (fortement d'accord, facile, ou bénéfique). Ces questions se convergent vers cinq concepts-clés de la TPB : l'intention, l'influence sociale, les croyances en ses capacités, les normes morales, les croyances

concernant les conséquences. (Légaré *et al.*, 2015). En ce qui concerne certaines caractéristiques psychométriques, le DPC a été défini comme un instrument valide et fidèle. Ce qui concerne la validité, elle a été déterminée au moyen d'un groupe de professionnels de la santé (Légaré *et al.* 2015). En outre, les valeurs de kappa (0,4 et 0,6) et d'alpha de Cronbach (0,79 et 0,89) soulignent ainsi la fiabilité de cet outil. (Legaré *et al.*, 2015)

3.2.7. Analyse des données. En premier lieu, les données de l'étude ont été indépendamment introduites deux fois dans la base de données SPSS (version 16) pour s'assurer de leur exactitude. Pour éviter le risque d'erreur, une deuxième personne a vérifié toutes les données avant leur analyse. Ensuite, le taux de réponse global (la fréquence) a été déterminé au moyen du nombre total des questionnaires retournés. Des statistiques descriptives de chaque variable comprennent des pourcentages et des fréquences ont été effectuées : âge, sexe, éducation, la fréquence de l'utilisation de l'outil de l'évaluation du risque, etc. Pour l'instrument DPC, des statistiques descriptives incluant la moyenne, l'écart-type de chaque concept (soient intention, l'influence sociale, les normes morales, etc.) ont été réalisés tout en suivant la méthode d'analyse proposée par Legaré *et al.* (2015) dans leur manuel de DPC. Pour les questions ouvertes (données qualitatives) qui identifient d'autres barrières ou facilitateurs, leurs réponses ont été analysées tout en suivant l'approche d'analyse sommative du contenu de Hsieh & Shannon (2005).

3.2.8 Considérations éthiques

L'étude descriptive a obtenu l'approbation éthique de l'hôpital (# A-08-16-01) (voir annexe H) et ensuite de l'Université d'Ottawa (#SI-01-06-16) (voir annexe I). Les

obligations des chercheurs relatives à la confidentialité et à la conservation des données ont suivi celles énoncées par la politique des trois Conseils de recherche du Canada (EPTC2, 2014). Le questionnaire a été accompagné d'un document de consentement ou proprement dit feuillet d'information (voir annexe E). Dans ce formulaire, les participants ont été informés des risques, de la confidentialité, de l'anonymat, de la durée de la conservation des données et de la participation volontaire. Les participants ont été informés qu'aucune donnée personnelle ou organisationnelle d'identité ne serait publiée et qu'ils avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment, sans qu'il n'y ait de répercussion. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ayant participé à l'étude n'a apparu dans aucune documentation. Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude transversale ont été traitées de façon confidentielle et étaient utilisées aux seules fins définies par cette étude. Ces informations seront conservées sous clé pour une période n'excédant pas cinq ans au Centre de recherche sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'Université d'Ottawa. Après cette période, les données seront détruites.

Chapitre 4

INTERVENTIONS EFFICACES À LA DIMUNTION DES CPOMORTEMENTS AGRESSIFS CHEZ LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉATURE

(**article scientifique 1** : en cours de préparation pour publication dans la revue :

International Journal of Mental Health Nursing)

Interventions efficaces à la diminution des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux : Revue systématique de la littérature

Résumé

Les personnes ayant des troubles mentaux sont considérées comme les patients les plus agressifs et les plus violents. Des interventions efficaces permettant la prédiction et la diminution de ce type de comportements s'avèrent indispensables.

But : Déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour diminuer les comportements agressifs des personnes ayant des troubles mentaux.

Méthodes : Il s'agit d'une revue systématique basée sur la méthode développée par la Collaboration Cochrane pour les revues systématiques d'interventions et sur les lignes directrices « PRISMA ». Une recherche exhaustive a été effectuée dans plusieurs bases de données électroniques (Medline, PsychINFO, CINAHL, Embase et Cochrane Reviewers) : cette recherche comprenait toutes les dates comprises entre 1990 et septembre 2015. Parmi les 5 039 références ciblées par la recherche documentaire, seulement sept articles ont répondu aux critères de sélection. Deux personnes ont évalué et extrait ces articles d'une manière indépendante. Enfin, les résultats ont été analysés de manière descriptive.

Résultats : La qualité des articles était variée, dont quatre présentaient des risque imprécis et trois des risques élevés. Au total, cinq interventions identifiées, deux seulement s'avèrent efficaces pour diminuer les comportements agressifs chez les personnes ayant de troubles mentaux, soit l'évaluation du risque de violence et le programme de récompenses.

Conclusion : L'évaluation du risque de violence est considérée comme étant une intervention efficace pour la diminution des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux entraînant ainsi des effets positifs sur la santé et le bien-être des patients et du personnel soignant. Le programme de récompenses est une autre intervention à envisager davantage en santé mentale.

Mots clés : Revue systématique, santé mentale, évaluation du risque, violence

4.1. Introduction

La violence perpétrée à l'encontre du personnel soignant est un problème universel assez fréquent et qui sévit depuis longtemps (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2002). Au Canada, selon une étude réalisée auprès du personnel soignant de 11 centres hospitaliers (n = 747), 96 % des répondants affirment avoir été victimes de violences verbales, et 62 % ont été victimes d'au moins une violence physique (Larose & Bigaouette, 1999). De même, selon une enquête réalisée en 2005 auprès de 280 infirmières et infirmiers de l'Hôpital général de Guelph (Ontario, Canada), près de 50 % d'entre eux ont rapporté avoir subi des violences verbales, 84 % ont subi un manque de respect ou de politesse, et 20 % ont été victimes de violence physique (Bott & Suk-Patrick, 2012). En Australie, la fréquence de la violence est de l'ordre de 67 % (Conseil international des infirmières, 2007) tandis qu'en France, environ 14 502 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens ont été recensés par 337 établissements sanitaires et médico-sociaux selon un rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (2015). En outre, la violence est encore un problème répandu dans les pays en développement, notamment en Bulgarie et en Afrique du Sud, où les taux de violence sont respectivement de 76 et 61 % (Conseil international des infirmières, 2007).

Les personnes ayant des troubles mentaux sont considérées, dans la littérature, comme les patients les plus agressifs et les plus violents (Angland, Dowling & Casey, 2014 ; Hesketh *et al.*, 2003 ; Gbézo, 2011). Selon l'étude de Shields et Wilkins (2009), 70 % des membres du personnel infirmier ont été exposés à un acte de violence verbale, alors que 44 % ont été victimes d'une violence physique perpétrée par des patients ayant des troubles mentaux. Certains facteurs de risque associés aux personnes souffrant de

troubles mentaux augmentent le risque de violence (Gerberich, Church, McGovern *et al.*, 2005). Selon la Haute Autorité de santé (HAS), la présence de facteurs de risque, par exemple un abus ou une dépendance à une substance psychoactive, augmente environ de 10 fois le risque de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux (HAS, 2011).

La violence à l'encontre du personnel soignant engendre des conséquences physiques, psychologiques et financières et, par ricochet, elle met en péril la dispensation de soins de qualité (OMS, 2002). Pour ce qui est des conséquences sur la santé physique de la personne, la violence génère des blessures, des troubles du sommeil, de la fatigue et de l'épuisement professionnel (Conseil international des infirmières, 2007 ; Gbézo, 2011). De plus, selon l'étude de Tinchon (2004), le nombre de problèmes de santé physique vécus par le personnel soignant s'accroît avec l'augmentation du nombre de violences subies. Quant aux conséquences sur la santé mentale de l'individu, le personnel réagit généralement par la peur, l'anxiété, un sentiment d'insécurité et même par un état de stress post-traumatique (Conseil international des infirmières, 2007 ; Forté, 2014 ; Gbézo, 2011 ; Lanctôt & Guay, 2014 ; Needham *et al.*, 2005). À cela s'ajoute le fait que la violence est généralement associée à des pertes financières importantes pour les personnes agressées ainsi qu'au système de soins. Prenons l'exemple de l'Europe où les conséquences de la violence envers le personnel soignant ont engendré environ 60,5 millions de livres sterling (£) de dommages sur une année (National Health Services [NHS], 2010).

La violence constitue un fléau impossible à éradiquer ; néanmoins, il est possible de la prévenir ou de la réduire (Fontaine, 2003 ; Larue, Daigle & Ménard, 2007). Il est donc opportun d'avoir des interventions utiles, simples et bien évaluées pour pouvoir

prévenir ce problème (Gbézo, 2011 ; Paterson, Turnbull & Aitken, 1992). Il existe déjà une littérature abondante sur le phénomène de prise en charge de la violence, y compris des interventions visant à la fois les patients et le personnel soignant. Vingt revues systématiques ont ainsi été répertoriées (voir Tableau I4.1 en annexe I), dont six ont porté sur des interventions pédagogiques, trois sur la médication, deux sur la contention et l'isolement, deux sur l'évaluation du risque de violence et enfin sept sur des interventions générales.

En analysant les résultats de revues systématiques qui se sont intéressées à l'effet de la formation professionnelle sur la réduction de la violence ($n = 6$), il n'est pas évident que la formation professionnelle ait une incidence sur les comportements agressifs (Heckemann, Zeller, Hahn, Dassen *et al.*, 2015 ; Livingston, Verdun-Jones, Brink, Lussier, Nicholls *et al.*, 2010 ; Price, Baker, Bee & Lovell, 2015 ; Richter, Needham & Kunz, 2007). Dans les revues systématiques qui ont porté sur la pharmacothérapie ($n = 3$), les chercheurs ont constaté que les médicaments comme la clozapine, le carbamazépine/oxcarbazépine, la phénytoïne et le lithium seraient efficaces pour réduire les comportements agressifs (Frogley, Taylor, Dickens & Picchioni, 2012 ; Jones, Arlidge, Gillham & Reagu, 2011 ; Zeller *et al.*, 2010). Dans les revues systématiques qui se sont intéressées à l'efficacité de la contention et de l'isolement comme moyens de gérer l'agressivité ($n = 2$), les résultats ne sont pas concluants quant à l'efficacité de la contention et de l'isolement pour la gestion à court terme des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux (Nelstrop, Chandler-Oatts, William, Bleetman *et al.*, 2006 ; Johnson, 2010). Cependant, Johnson, (2010) ajoute que l'utilisation de la contention et de l'isolement était proportionnelle à l'augmentation des

comportements agressifs, et que le personnel soignant préférait éviter de recourir à ces mesures non pas pour leur inefficacité, mais seulement pour ne pas avoir à utiliser ces méthodes de confinement.

Quant aux revues systématiques qui se sont intéressées à l'évaluation du risque de violence (n = 2), elles révèlent une faible utilisation de cette intervention dans la pratique ainsi que le fait que l'outil « Brøset Violence Checklist » (BVC) afficherait les critères de validité et d'efficacité les plus élevés par rapport aux autres outils utilisés pour effectuer l'évaluation du risque. Enfin, les sept dernières revues ont porté sur plusieurs aspects, dont le plus commun est l'importance d'un environnement favorable (travail en équipe du personnel soignant, communication avec le patient, etc.) pour diminuer la violence en milieu de soins.

En résumé, bien qu'il existe plusieurs revues systématiques sur le sujet de la violence, ces dernières sont limitées : soit elles sont trop générales (applicables, quel que soit le type de patients), soit elles sont trop spécifiques (interventions spécifiques telles que l'isolement, les médicaments et l'utilisation de mesures de contrôle). De plus, à notre connaissance, il n'existe pas de revues systématiques documentant l'efficacité des interventions visant à diminuer les comportements agressifs ou violents des personnes ayant des troubles mentaux. Le but de cette présente revue est donc d'évaluer l'efficacité de toute intervention visant à diminuer les comportements agressifs chez les personnes âgées de 18 ans et plus atteintes de troubles mentaux quel que soit le milieu de soins.

4.1.1 But/Objectifs de recherche

Déterminer l'efficacité des interventions utilisées pour diminuer les comportements agressifs ou violents des personnes ayant des troubles mentaux.

Objectifs de recherche

1. Décrire les caractéristiques de ces interventions ; et
2. Résumer les effets de ces interventions sur la personne, le personnel infirmier et les services de soins de santé, s'il y a lieu.

4.2. Méthodologie

4.2.1 Type d'étude. Il s'agit d'une revue systématique basée sur la méthode développée par la Cochrane Collaboration pour les revues systématiques d'interventions (Cochrane Handbook, 2006) et les lignes directrices PRISMA (*Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis*) pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses (Shamseer *et al.*, 2015).

4.2.2 Les critères d'éligibilité basés sur PICOS. Les critères d'admissibilité des études ont été déterminés en se référant aux questions de recherche et aux critères PICOS (Population [*P*]; Intervention [*I*]; Comparaison [*C*]; *Outcomes*, ou Résultats en français [*O*]; et type d'études incluses [*S*]) (voir Tableau 4.2). Ces critères sont les suivants : toute étude d'intervention publiée entre 1990 et 2015, et réalisée auprès de personnes ayant des troubles mentaux en milieu de soins. Le choix de cet intervalle de temps repose sur la réforme qu'a subie le système de santé mondial. À partir de ces années, il y avait une évolution progressive dans le système de santé mondial vers ce que l'OMS appelle le nouvel universalisme; toutes les personnes ont bénéficié de la même qualité de soins, quel que soit leur statut socioéconomique, financier ou social (OMS, 2000). L'étude devrait se baser sur des interventions (autres que médicamenteuses) visant la diminution des comportements agressifs. Ont été exclues de la revue systématique toutes les études portant sur des interventions effectuées auprès de personnes atteintes d'une démence

puisque les troubles du comportement et l'agressivité de ces personnes sont généralement liés à l'atteinte cérébrale (déficits cognitifs et perceptuels) (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009). Nous avons également exclu les interventions réalisées auprès de personnes incarcérées, puisque la pratique de soins auprès de cette clientèle est influencée par des dimensions qui lui sont propres (aspects sécuritaires, culture carcérale) et qui sont différentes de celles rencontrées en milieux de soins ordinaires (Holmes & Jacob, 2012). De même, toutes les interventions éducatives auprès du personnel soignant ont été exclues en raison de la sous-estimation de leur capacité à diminuer les comportements agressifs, comme cela a été prouvé par des études antérieures (Price *et al.*, 2015). Enfin, nous avons exclu les personnes âgées de moins de 18 ans et de plus de 65 en raison de la fragilité et de la vulnérabilité de ces populations, qui demande d'ailleurs des soins et des services différents que ceux fournis à la population en général. Donc, il ne serait pas approprié de généraliser les résultats de cette revue aux besoins de ce deux populations.

Tableau 4.2

Les critères d'éligibilité (PICOS).

	CRITÈRE D'INCLUSION	CRITÈRE D'EXCLUSION
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Des personnes atteintes d'un trouble mental ayant eu des comportements agressifs ou violents dans un milieu de soins de santé • Les personnes de 18 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées de moins de 18 ans et celles de plus de 65 ans • Les personnes atteintes d'une démence • Les personnes incarcérées
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Toute intervention visant à diminuer les comportements agressifs ou violents 	<ul style="list-style-type: none"> • Toute intervention qui ne vise pas la diminution des comportements agressifs ou violents • Interventions de formation pour le personnel soignant • Les soins médicolégaux • Interventions médicamenteuses

Comparaison	<ul style="list-style-type: none"> • Soins ordinaires : toute autre intervention qui ne vise pas à diminuer les comportements agressifs ou violents • Une deuxième intervention qui vise à diminuer les comportements agressifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas d'intervention de comparaison incluse dans l'étude.
Outcomes (Résultats)	<ul style="list-style-type: none"> • Primaires : les effets des interventions sur la fréquence de l'agression : diminution de l'agression ou violence • Secondaires : les effets sur les patients/les infirmières/les services ; le changement des attitudes 	
Type d'études incluses	<ul style="list-style-type: none"> • Les essais cliniques randomisés • Les essais cliniques non randomisés (Interrupted Time Series, pré/post avec groupe de contrôle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Autre que ce type d'études, notamment les études qualitatives ou quantitatives, ou pré/post sans groupe de contrôle
Langue de la publication	<ul style="list-style-type: none"> • Français, anglais ou toute autre langue pouvant être traduite en français ou en anglais 	
Date de publication	<ul style="list-style-type: none"> • 1990-2015 	<ul style="list-style-type: none"> • Avant 1990

4.2.3 Stratégie de recherche. En collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en revues systématiques (EW), la recherche électronique documentaire a été réalisée dans les bases de données scientifiques suivantes : Medline, PsychINFO, CINHAL, Embase et Cochrane Reviewers, tout en utilisant des combinaisons de mots clés (*agression or violence, mental health disorders, health personnel, interventions, etc.*). Comme première étape, les articles jugés pertinents ont été explorés pour trouver les MeSH potentiels. Ensuite, par l'intermédiaire de lexiques de mots clés (thésaurus en anglais) de chaque base de données, tous les titres et les sous-titres de MESH pertinents ont été recherchés. Les termes jugés comme étant appropriés pour chaque base de

données ont par la suite été combinés à l'aide de trois opérateurs booléens (AND, OR, NOT).

4.2.4 Sélection des études. Suite à la recherche documentaire, tous les articles pertinents ont été transférés dans le logiciel EndNote qui sert principalement à gérer des références bibliographiques. Ainsi, tous les doublons ont été repérés et supprimés. Quatre personnes ont participé à la sélection (IS, DS, AV et WP) ; la chercheuse principale (IS) a effectué la sélection de toutes les citations et la même étape de sélection sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion a été réalisée indépendamment par au moins une des trois autres chercheuses pour chaque citation. Le recours à deux personnes pour la sélection repose sur l'importance d'assurer une meilleure objectivité et d'éviter les erreurs, mais il sert aussi à minimiser la possibilité de rejeter des articles pertinents et de qualité (Liberati *et al.*, 2015). Cette opération a été réalisée selon trois niveaux à l'aide du logiciel Covidence disponible en ligne. Pour le niveau (I), les titres recensés par la stratégie de recherche ont été examinés pour identifier toutes les études portant sur la violence en milieux de soins. Si la décision de retenir l'article n'était pas assez claire en se basant sur le titre, ce dernier devait être envoyé systématiquement au niveau II. Pour le niveau (II), les résumés ont été évalués en utilisant les critères d'inclusion et d'exclusion mentionnés ci-dessus. Lorsqu'il n'y avait pas de résumé ou quand celui-ci ne permettait pas de juger de la pertinence ou de l'inclusion de l'étude, le texte intégral de l'étude était consulté. Le niveau (III) comprenait un examen de dépistage du texte intégral de chaque article. Si les critères d'inclusion et d'exclusion étaient retrouvés dans l'article, il était alors retenu. Dans le cas contraire (le manque d'un ou de plusieurs critères d'éligibilité), l'article était exclu, tout en indiquant les raisons de son exclusion. Pour chacun de ces

niveaux et avant de passer au suivant, une mise en commun des résultats a été réalisée. Enfin, une recherche manuelle des articles a été effectuée, tout en vérifiant la liste des références des études sélectionnées.

4.2.5 Collecte des données. La collecte de données a été effectuée par deux chercheurs indépendants, et ce, afin de réduire les risques de biais et d'erreurs (Jones, Remington, Williamson *et al.*, 2005). Les données identifiant les caractéristiques des articles (auteur, pays, population et milieu de l'étude), les caractéristiques des interventions (description de l'intervention, durée, fréquence et personnes responsables) et les principaux résultats (statistiques, significativité des résultats) ont été extraites au moyen d'un tableau Excel.

4.2.6 Évaluation de la qualité des études. Toutes les études incluses ont été évaluées indépendamment par deux personnes, tout en utilisant les neuf critères d'EPOC (Effective Practice and Organisation of Care [EPOC], 2015, traduction libre). Ces derniers sont rédigés sous forme de questions : 1) La répartition des groupes de l'étude était-elle décrite comme étant aléatoire ? 2) La répartition aléatoire était-elle effectuée à l'aveugle ? 3) La mesure des résultats de base était-elle similaire entre les deux groupes ? 4) Les caractéristiques des participants dans les deux groupes étaient-elles similaires ? 5) Est-ce que les données sur les résultats incomplets étaient adéquatement abordées ? 6) L'intervention reçue a-t-elle été effectuée à l'aveugle durant toute l'étude ? 7) L'étude a-t-elle été bien protégée contre la contamination ? 8) L'étude a-t-elle été exempte de résultats sélectifs ? 9) Est-ce que l'étude contient d'autres risques de biais ? À chacune de ces questions, une des trois réponses suivantes était attribuée : risque élevé, risque faible, risque imprécis. Les divergences entre les deux évaluateurs (IS, JH) ont été réglées par la

discussion et, au besoin par le recours à des chercheurs experts en revue systématique (DS, AV). Un sommaire des évaluations des risques a été réalisé en suivant les recommandations EPOC (2017).

4.2.7 Analyse et synthèse des données. Nous avons utilisé des tableaux (voir les Tableaux 4.3, 4.4, 4.5 et 4.6) pour présenter les résultats sous forme dynamique, claire et simple. De plus, dans le texte, les caractéristiques de l'étude ont été résumées de façon descriptive en utilisant des fréquences et des pourcentages. Les interventions ont été regroupées par type, et leurs caractéristiques ont été synthétisées de façon narrative. Pour les résultats sur l'efficacité des interventions, les outils utilisés ont été tout d'abord décrits de façon descriptive, alors que les résultats des études ont été rapportés sous forme de scores ou de statistiques descriptives.

4.3 Résultats

4.3.1 La recherche d'information. La recherche d'information a permis de repérer 5 039 articles. Après la lecture des titres et des résumés, 376 articles ont été rejetés et 59 autres ont été éliminés après une lecture complète de tout le document (19 ont été exclus à cause de leur méthodologie de recherche : pré/post sans groupe de contrôle). Au total, sept articles ont été jugés admissibles à cette revue systématique avec un total de 1300 participant. La Figure 4.1 présente le processus de sélection des études de façon plus détaillée.

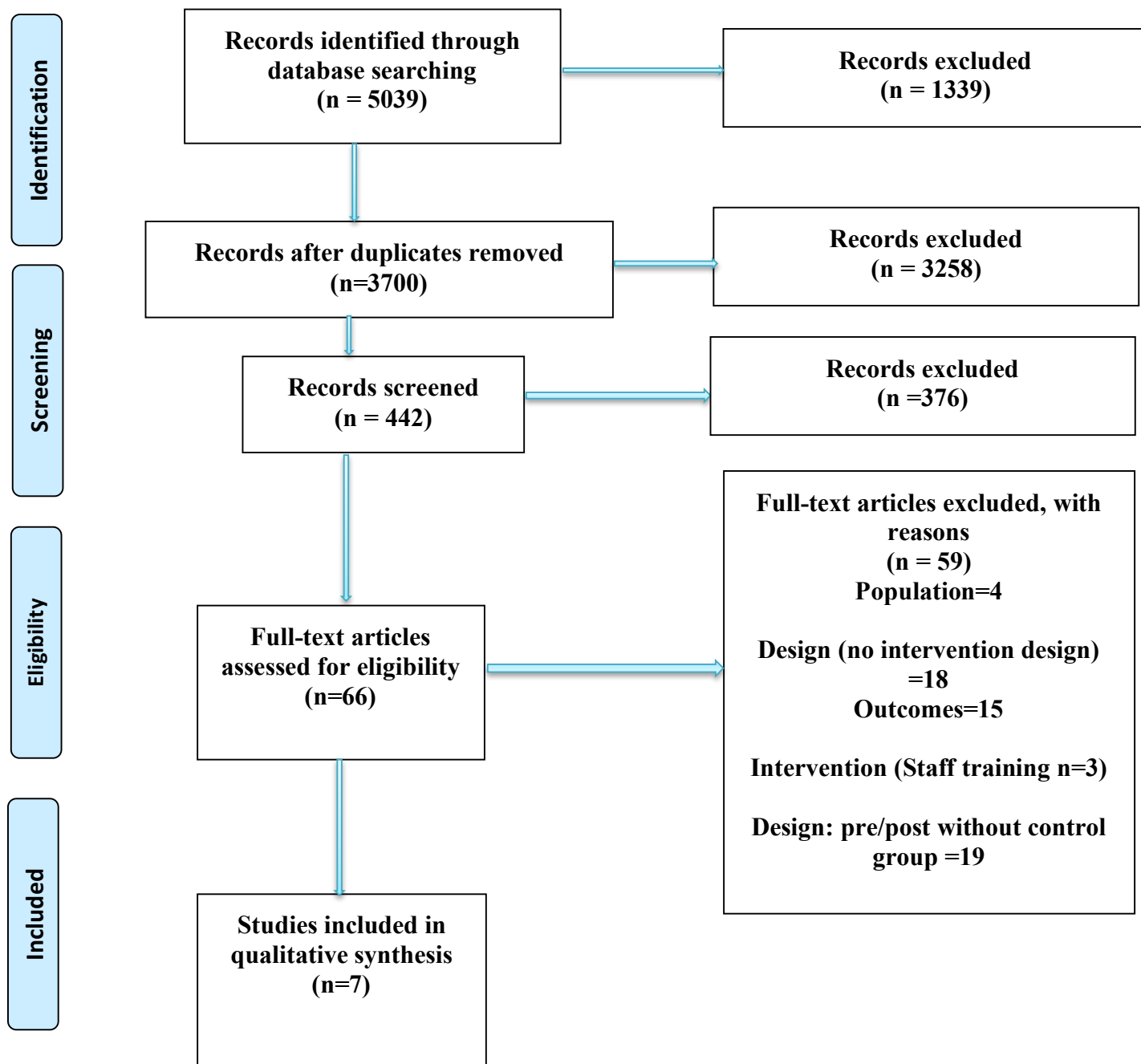


Figure 4.1.

Le processus de sélection des études selon PRISMA.

4.3.2 Les caractéristiques des études. Le tableau 4.3 présente les principales caractéristiques des études incluses dans cette revue. Parmi les sept études admissibles, deux étaient des essais cliniques randomisés, trois étaient non randomisées, une consistait en une étude pilote et une autre utilisait un devis pré-post avec groupe contrôle. Les études retenues ont été réalisées dans cinq pays : Pays-Bas "Netherlands" (n = 2), Suisse "Switzerland" (n = 1), Australie (n = 1), Portugal (n = 1) et États-Unis (n = 1). Le milieu d'étude commun de toutes ces études était l'unité interne de santé mentale. Le nombre de participants variait entre 35 et 1 300.

Tableau 4.3.
Caractéristiques des études incluses

Table First author (year)	Country	Design	Setting	Sample size	EPOC
Risk Assessment					
Abderhalden (2008)	Switzerland	Randomised controlled trial (RCT)	Mental health inpatient unit	Intervention: 390 Control 1: 319 Control 2: 583	6 Low risk 2 unclear risk 1 high risk
Van de Sande (2011)	Netherlands	RCT	Mental health inpatient unit.	Intervention: 207 Control: 251	5 Low risk 2 unclear risk 2 high risk
Token Economy					
Jae Soon (2012)	Korea	Non-randomised controlled trial (NRCTs)	Mental health inpatient unit	Intervention: 22 Control: 22	6 Low risk 2 unclear risk 1 high risk
Animal-Assisted					
Dias Marques (2015)	Portugal	NRCTs	Mental health inpatient unit	Intervention: 26 Control: 26	3 low risk 4 unclear risk 2 high risk
Massage Therapy					
Garner (2008)	Australia	Pilot with Pre/post	Mental health inpatient unit	Intervention: 18 Control: 14	6 high risk 3 low risk

Patient Teaching					
Nijman (1997)	Netherlands	Controlled before-after (CBA)	Mental health inpatient unit	Intervention: 1 unit (20 beds) Control 1: 1 unit (20 beds) Control 2: 1 unit (20 beds)	5 high risk 2 low risk 2 unclear
Bellus (1999)	USA	NRCTs	Mental health inpatient unit	Intervention: 32 wards Control: 3 wards (sample size not reported)	4 high risk 4 unclear risk

4.3.3 Qualité des études incluses. La qualité totale des études est variée (voir Tableau 4.3 et Tableau 4.4), dont quatre présentaient des risques imprécis et trois des risques élevés selon les critères d'EPOC (2017). Pour la qualité d'essais randomisés (EPOC, 2015), Abderhalden *et al.* (2008) et Van de Sande *et al.* (2011) présentent la meilleure qualité par rapport aux autres études, avec respectivement six et cinq faibles risques. Les risques élevés de ces dernières étaient notamment liés à la connaissance de l'intervention allouée au moment de l'étude (voir Tableau 4.4 pour les détails). Pour les essais non –randomisés, Jae Soon (2012) affichait la meilleure qualité avec six faibles risques. En revanche, deux études, dont l'une avec un devis pré/post (Garner, 2008) et l'autre avec contrôle avant et après (Nijman, 1997), affichent le taux de risque le plus élevé, avec respectivement six et cinq risques élevés identifiés. Les deux études ont perdu des points sur le plan de l'allocation de l'intervention, étant donné qu'elles ne sont pas des essais randomisés, de la différence des caractéristiques sociodémographiques des participants entre les deux groupes d'interventions, et enfin, en raison de la non répartition à l'aveugle dans les deux groupes.

Tableau 4.4.*Évaluation de la qualité des études selon les critères EPOC.*

Authors (year)	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Risk assessment									
Abderhalden (2008)	√	~	√	√	√	X	√	√	X: Absence of data on the interventions actually implemented as a consequence of the risk assessment. The organisational implementation and adherence with these recommendations were left to the discretion of wards without systematic data collection. They did not state the sample size calculation. Further limitation is the absence of data on the interventions actually implemented as a consequence of the risk assessment.
Van de Sande (2011)	~	~	√	√	√	X	√	√	X: Staff members on the experimental wards expected that escalation risks would be reduced by the application of the Crisis Monitor, which enabled staff to focus more on positive risk management strategies.
Token Economy									
Jae Soon (2012)	~	~	√	√	√	X	√	√	√
Animal –Assisted									
Dias Marques (2015)	X	~	~	√	~	~	√	√	X: There is performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and researchers or other work staffs during the study , and the outcome is likely to be influenced by lack of blinding
Massage therapy									
Garner (2008)	X	X	√	X	√	X	X	√	X: There is performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and professionals during the study, and the outcome is likely to be influenced by lack of blinding.
Patient Teaching									
Nijman (1997)	X	X	X	X	~	~	√	√	X: There is performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and professionals during the study, and the outcome is likely to be influenced by lack of blinding
Bellus (1999)	X	~	~	X	~	~	X	√	X: There is performance bias due to knowledge of the allocated interventions by participants and work staffs during the study, and the outcome is likely to be influenced by lack of blinding.

√ Low risk of bias

~ unclear risk of bias

X high risk of bias

A: Was the allocation sequence adequately generated?

B: Was the allocation adequately concealed

E: Were incomplete outcome data adequately addressed

F: Was knowledge of the allocated interventions adequately prevented during the study?

G: Was the study adequately protected against contamination?

C: Were baseline outcome measurements similar?

D: Were baseline characteristics similar?

H: Was the study free from selective outcome reporting?

I: Was the study free from other risks of bias

4.3.4 Les interventions. Cinq différentes interventions visant à diminuer les comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux ont été soulignées dans les articles inclus dans cette revue systématique. Elles ont été catégorisées comme suit : évaluation du risque de violence (n = 2), programme de récompenses (n = 1), massage thérapeutique (n = 1), assistance d'un animal (n = 1) et, enfin, éducation du patient (n = 2). Les tableaux 4.5, 4.6 et 4.7 illustrent les éléments constitutifs de ces études et qui sont décrits de façon détaillée ici-bas.

4.3.4.1 Évaluation du risque de violence.

Description de l'intervention. Deux études (Abderhalden, 2008 ; Van de Sande, 2011) ont porté sur l'efficacité de l'évaluation du risque de violence et ses effets sur la diminution de celle-ci chez les personnes ayant des troubles mentaux. L'intervention consistait en une évaluation quotidienne du risque pour chaque nouveau patient admis à l'unité interne de santé mentale (deux fois par jour). Dans ces deux études, cette intervention était effectuée par l'infirmière au moyen d'un outil commun qu'est le « Brøset Violence Checklist » (BVC).

Les résultats mesurés et les outils utilisés. L'incidence des comportements agressifs et des mesures de contrôle constitue le principal résultat mesuré dans ces deux études (Tableau 4.5). Dans l'étude de Van de Sande *et al.* (2011), les mesures de contrôle ont été présentées sous la forme de la fréquence de l'isolement, du nombre de patients isolés et de la durée de l'isolement. L'outil commun utilisé pour mesurer cette incidence est le « Staff Observation Aggression Scale-Revised » (SOAS-R). Ce dernier se compose de cinq éléments : la provocation, les moyens utilisés par l'agresseur, la cible de l'agression, les conséquences et les mesures prises pour faire face à cette agression. Des

scores allant de 0 à 22 devraient être attribués à chacun de ces éléments. Lorsque le score était supérieur ou égal à 9, l'agression était considérée comme sévère.

Les résultats quant à l'efficacité de l'intervention. Les résultats des deux études ont indiqué que l'évaluation du risque de violence avait un effet statistiquement significatif sur la fréquence des incidents agressifs (voir le Tableau 4.6). De même, une diminution significative de l'agression physique et l'utilisation de mesures de contrôle ont été soulignées dans l'étude d'Abderhanden et al. (2008). Enfin, chez Van de Sande et al. (2011), une diminution significative de la durée de l'isolement des patients a été détectée (Relative Risk Reduction [RRR]) = -45 % ; $p < 0,001$).

4.3.4.2 Programme de récompenses.

Description de l'intervention. Une étude s'intéressait à évaluer l'efficacité d'un programme de récompenses sur la diminution des comportements agressifs (Jae Soon & Kyunghee, 2012). Les participants ont été récompensés deux fois par jour, mais uniquement s'ils ne manifestaient aucun comportement agressif envers le personnel soignant. La récompense était sous forme des jetons que les participants pouvaient échanger contre un café, un sandwich ou toute autre chose de ce genre.

Les résultats mesurés et les outils utilisés. Le résultat principal de l'étude était les scores des comportements agressifs qui ont été mesurés par l'outil « Overt Aggression Scale » (OAS). L'OAS est majoritairement basé sur les mêmes critères que le SOAS-R (voir le Tableau 4.5).

Les résultats quant à l'efficacité de l'intervention. Les résultats ont montré une diminution significative des scores des comportements agressifs à travers le temps (2, 4, 8, et 12 semaines), avec une différence statistiquement significative entre les deux groupes de

recherche dès les quatre premières semaines de l'implantation de l'intervention ($p < 0,001$; $F = 369,85$).

4.3.4.3 Massage thérapeutique.

Description de l'intervention. Une étude (Garner *et al.*, 2008) s'intéressait à l'efficacité de la massothérapie sur les comportements agressifs. En plus des soins ordinaires prodigués par les infirmières, les patients recevaient un massage thérapeutique de 20 minutes (relaxation) donné par une massothérapeute qualifiée. Cette intervention a duré au total sept semaines.

Les résultats mesurés et les outils utilisés. La fréquence ainsi que la sévérité des comportements agressifs étaient les résultats primaires, et les auteurs ont mesuré ces résultats avec l'outil SOAS-R. D'autres résultats secondaires ont aussi été mesurés, comme la dépression et l'hostilité des patients.

Les résultats quant à l'efficacité de l'intervention. Aucun effet significatif n'a été détecté pour les comportements agressifs. En contrepartie, les résultats ont révélé qu'il y a une différence dans les scores de dépression et d'hostilité pré-post pour les deux groupes, mais sans aucune différence significative entre les deux groupes (voir le Tableau 4.6).

4.3.4.4 Assistance d'un animal.

Description de l'intervention. Cette intervention se basait sur une visite assistée d'un chien bien préparé pour entrer en contact et interagir avec les patients. Chaque groupe de deux patients (paire) a été visité par le chien à raison de deux sessions par semaine, pour une durée totale de trois semaines. Chaque session durait 15 minutes. Certains objets (balles, poupées, etc) ont été utilisés par le formateur durant les sessions afin d'encourager le contact avec l'animal et l'interaction avec les deux patients.

Les résultats mesurés et les outils utilisés. Les auteurs (Dias Marques *et al.*, 2015) ont mesuré l'incidence de l'agression tout en utilisant le SOAS-R. D'autres outils, notamment le « Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) - Portugues » et le « State-Trait Anger Expression Inventory » ont été utilisés pour mesurer respectivement les symptômes psychiatriques, ainsi que l'expérience et l'expression de coups de colère.

Les résultats quant à l'efficacité de l'intervention. L'assistance d'un animal n'a pas eu d'effet significatif sur l'incidence des agressions. Cependant, il existe une différence pré-post dans les scores de symptômes psychiatriques ($p = 0,000$; $t = 6,854$) ainsi que dans l'expérience et l'expression de coups de colère ($p = 0,010$; $t = 2,794$) pour les deux groupes, bien qu'aucune différence significative entre les deux groupes n'ait été détectée.

4.3.4.5 Éducation du patient.

Description de l'intervention. Deux études (Bellus *et al.*, 1999 ; Nijman *et al.*, 1997) ont utilisé une association de plusieurs interventions éducatives et de formation pour diminuer les comportements agressifs chez les patients. Nijman *et al.* (1997) ont évalué, après l'admission du patient, l'efficacité de cinq interventions (interventions verbales concernant les effets néfastes de la violence, discussions concernant le traitement, informations au patient sur le fonctionnement du service, informations sur les dates des réunions du personnel soignant, et explication de la procédure pour la prise des rendez-vous chez le psychiatre). Pour Bellus *et al.* (1999), des activités de réhabilitation à travers l'éducation et la formation (50 heures par semaine) basées sur l'approche sociale de Paul et Lentez (1977) (*Token Economy*) ont été évaluées pour une durée de deux ans.

Dans ces deux études, tous les membres de l'équipe soignante étaient responsables d'effectuer les différentes interventions.

Les résultats mesurés et les outils utilisés. La fréquence des agressions était le résultat commun et principal dans les deux études. L'outil SOAS (la version antérieure) a été utilisé dans l'étude de Nijman *et al.* (1997), tandis que celui utilisé dans l'étude de Bellus *et al.* (1999) n'était pas mentionné.

Les résultats quant à l'efficacité de l'intervention. Pour l'étude de Nijman *et al.* (1997), la fréquence des agressions ainsi que la sévérité des incidents et des agressions physiques ont enregistré une diminution dans le groupe d'intervention, mais aucune différence statistiquement significative n'a été détectée entre les trois groupes. Par contre, les auteurs ont rapporté qu'il existait quand même une diminution marginalement significative des incidents sévères dans le groupe d'intervention, avec une valeur de $p = 0,052$. Enfin, dans l'étude de Bellus *et al.* (1999), le programme de réhabilitation basé sur l'approche sociale de Paul et Lentz (*Token Economy*) s'est montré efficace pour la diminution des comportements agressifs. Une différence significative des comportements entre les deux groupes a été observée dans la deuxième année de l'implantation du programme dans l'unité ($p < 0,002$; $F = 12,4$). Concernant le résultat secondaire dans l'étude de Bellus *et al.* (1999), une diminution significative de l'incidence des comportements autodestructeurs chez les patients a été observée dans le groupe d'intervention avec une différence significative entre les deux groupes durant la première et la deuxième année après l'implantation du programme (1^{re} année : $p < 0,004$; $F = 10,1$; 2^e année : $p < 0,004$; $F = 10,2$).

Table 4.5
Caractéristiques des interventions.

First Author (year)	Groups	Intervention Description	Person(s) Responsible	Length/frequency of Intervention	Study period
Risk Assessment					
Abderhalden (2008)	Intervention	Risk assessment on first 3 days of admission for every new patient using the Brøset Violence Checklist (BVC-CH)	Nurses	Twice daily	24 weeks
	Control	Usual care (not specified) with no risk assessment.	N.r.*	N.r.	
Van de Sande (2011)	Intervention	Structured short-term risk assessment using a combination of risk assessment scales: a. Brøset Violence Checklist b. Kennedy–Axis V (short version) c. Crisis Monitor rating d. Kennedy–Axis V (full version) e. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) f. Dangerousness Scale g. Social Dysfunction and Aggression Scale	Nurses Physicians	Scales: a,b,c = 5 minutes/day Scales: d,e,f,g = 15 minutes/week	40 weeks
	Control	Usual care: unstructured psychiatric observations and treatment based on clinical judgement (No risk assessment).	N.r.	N.r.	
Token Economy					
Jae Soon (2012)	Intervention	Positive reinforcement for good behaviour: One token earned when no aggression is exhibited. Tokens exchangeable for rewards (ex. Coffee, food, etc).	Nurses	Once per day	12 weeks
	Control	Usual care (not specified)	N.r.	N.r.	
Animal-Assisted					
Dias Marques (2015)	Intervention	Program based on the visit from a dog. It included group activities with the purpose of promoting contact with the animal and interaction with the partner.	Nurse	Twice a week for 15 minutes (6 sessions)	3 weeks
	Control	Usual care (not specified)	N.r.	N.r.	
Massage Therapy					
Garner (2008)	Intervention	A standard massage procedure with the client sitting fully clothed in a special massage chair.	Massage therapist.	Daily for 20 minutes	7 weeks
	Control	Usual care (no massage therapy)	N.r.	N.r.	

Patient Teaching					
Nijman (1997)	Intervention	Five interventions were used to improve communication between patients and staff about treatments goals and strategies + Usual care: a. Verbal interventions: communication with patient about causes and consequences of aggressive behaviors b. Discussing treatment goals and strategies with patients c. Providing information details about the locked door of the door of the ward d. Providing a schedule of staff meetings: Sign announcing the purpose of every staff meeting will be attached to the nurse 'office e. Clarifying the procedure for making appointment with psychiatrist	Multi-disciplinary team	<ul style="list-style-type: none"> • if patient showed aggressive actions • 24 h after admission • after admission • before staff meeting • when patient wants to make an visit with psychiatric 	12 weeks
	Control 1	Usual care (not specified)	N.r.	N.r.	
	Control 2	Usual care (not specified)	N.r.	N.r.	
Bellus (1999)	Intervention	Behavioral Rehabilitation and Interpersonal Treatment Environment (BRITE): an activity of daily living and participation in rehabilitation programming for patients in group teaching formats. BRITE was associated to a token economy, response cost program and level system.	All the staff	Fifty hours per week	Two years
	Control	Usual care (No BRITE program)	N.r.	N.r.	

N.r.: Not reported.

Table 4.6.
Caractéristiques des résultats trouvés.

First author (year)	Outcomes	Tools	Details
Risk assessment			
Abderhalden (2008)	Severe Aggressive events.	Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R)	Five items: a) provocation; b) means used by aggressor; c) target of aggression; d) consequences for the victim; e) measures taken to stop aggression. Scores from 0 to 22 points. Incidents with a score of 9 or more points were severe.
	Coercive measures	Standardised form	Form covers a wide range of measures from forced injection of psychotropic medication to seclusion and mechanical restraint. Coercive measures were recoded into dichotomous data (present/absent).
	Physical attacks	SOAS-R – subset (2-items)	b) Means used by aggressor; c) target of aggression (see above)
Van de Sande (2011)	Aggressive events	SOAS-R	See above Abderhalden 2008
	Aggressive patients	Not specified	Not reported
	Seclusion incidents	Argus scale	Scale incidence and duration of the seclusion
	Secluded patients and duration	Not specified	Not reported
Token Economy			
Jae Soon (2012)	Aggressive behaviors	Overt Aggression Scale	Scale is divided into 2 parts: Part I: a) verbal aggression; b) property damage; c) physical aggression against self; d) physical aggression against other people. Each category, aggressive behavior is rated according to its severity. Part II: rating of the staff intervention at the time of the aggressive incident. Total score of Part I was calculated from 1 to maximum 16 points plus Part II: was calculated from 0 to 10 points
Animal-Assisted			
Dias Marques (2015)	Aggressive events	SOAS-R	See above Abderhalden 2008
	Psychiatric symptoms	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) – Portuguese Version	Scale of 24 psychopathological items rated on a 7-point severity scale (not present, very mild, mild, moderate, moderately severe, severe and extremely severe). Also assesses Psychotic Index based on the sum of three items: hallucinations, changes in thought content and formal thought disorders.
	Anger experience and expression	State-Trait Anger Expression Inventory	Scale of 54 items divided into 4 scales and 5 subscales.

Massage Therapy			
Garner (2008)	Aggressive events	SOAS-R	See above Abderhalden 2008
	Patient irritability	NOSIE: Kennedy Nurses Observational Scale for Inpatient Evaluation	Scale of five items followed by five choices regarding severity (0 never to 5 always)
	Hostility and depression	Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)	Scale of 90 items on 5-point Likert response indicating level of distress
	Anxiety levels	STAI: State-Trait Anxiety Inventory scale	Scale of 20 items measuring transitory anxiety levels.
	Heart rate (HR)	Palpation method at the wrist	Number of beats was counted over 30 seconds and multiplied by 2 to give the HR per min.
	Saliva cortisol levels	Chewing on cotton salivated over a period of 30-60 s.	Saliva was collected prior to and 20 min after the massage to assess cortisol levels
Patient Teaching			
Nijman (1997)	Aggression events	SOAS	See above Abderhalden 2008 (original version: auto-aggressive acts are not considered).
Bellus (1999)	Assaultive behavior	Not specified	Defined as patient attacks involving either another patient or staff and resulting in an injury - total per month.
	Self-injurious behaviors	Not specified	Defined as deliberate Self-inflicted injuries (not a suicide attempt) regardless of the degree of injury - total per month.

Table 4.7*Les résultats trouvés.*

First Author (year)	Outcomes (Statistics)	Intervention			Control			Intervention vs Control		Intervention (Change B, A) vs Control (Change B, A)
		Before	After	Before vs. After	Before	After	Before vs. After	[pretest]	[posttest]	
Risk assessment										
Abderhald-en (2008)	Aggressive events (incidents/patients)	81/364	60/390	RR=0.59; 95% CI .41-.83 (p<0.001)	95/515	100/583	RR=0.85 ; 95% CI .64 -1.13	Nr	Nr	-41% vs -15%
	Physical attacks (incidents/patients)	51/364	38/390	Nr	48/515	55/583	Nr	Nr	Nr	-42% vs -7% (p<.0001)
	Coercive measures (incidents/ patients)	146/364	135/390	Nr	92/515	126/583	Nr	Nr	Nr	-27% vs +10% (p<.0001)
Vande Sande (2011).	Aggressive events (incidents/ patients)	49/80 (10 wks)	52/207 (30 wks)	Nr	35/90 (10 wks)	117/251 (30 wks)	Nr	Not sig	(p<0.05)	RRR = -68% (p<.0001)
	Aggressive patients (incidents/patients).	13/80 (10 wks)	29/207 (30 wks)	Nr	11/90 (10 wks)	62/251 (30 wks)	Nr	Not sig	(p<0.05)	Not sig.
	Seclusion incidents (incidents/patients)	49/80 (10 wks)	93/207 (30 wks)	Nr	33/90 (10 wks)	75/251 (30 wks)	Nr	Not sig.		Not sig.
	Secluded patients (incidents/patients)	28/80 (10 wks)	60/207 (30 wks)	Nr	20/90 (10 wks)	42/251 (30 wks)	Nr	Not sig.	(p<0.05)	Not sig.
	Seclusion hours (h)	1382 (10 wks)	1624 (30 wks)	Nr	985 (10 wks)	2149 (30 wks)	Nr	(p<0.001)	(p<0.05)	RRR = -45%(p<.0001)
Token Economy										
Jae Soon (2012)	Aggressive events (M±SD)	53.95±3.12	2wks : 50.27±1.95	F=194.46 (p<0.001)	54.04±1.55	2wks :53.36±1.32	F=98.22 (p<0.001)	Not sig.	2wks: Not sig.	Nr
			4wks:48.45±1.62			4wks:51.86±1.45			4wks: F=369.85 (p<0.001)	

			8wks:44.81 ±2.17			8wks:54.5 0± 1.14			8wks: F=369.33 (p<0.001)	Nr
			12wks:41.9 0±2.34			12wks:56. 22± 0.92			12wks: F=392.55(p< 0.001	Nr
Animal-Assisted										
Dias Marques et al. (2015)	Aggressive events (incidents/patients)	Nr	6/26	Nr	Nr	11/26	Nr	Nr	Not sig.	Nr
	Severity of aggression (incidents/patients)	Nr	Mild : 4/6	Nr	Nr	Mild : 1/11	Nr	Nr	(p=0.028)	Nr
			Moderate : 2/6			Moderate : 6/11				
			Severe : nr			Severe : 4/11				
Psychiatric symptoms (M±SD)	55.92±12 .42	39.35±8.29	t=6.854(p=0.00 0)	50.73±11 .31	37.96±10.7 1	t=5.340 (p=0.000)	Not sig.	Not sig.	Nr	
Anger experience and expression (M±SD)	23.27±10 .96	18.08±5.10	t=2.794 (p=0.010)	21.04±5. 34	18.88±4.38	Not sig.	Not sig.	Not sig.	Nr	
Massage Therapy										
Garner (2008)	Aggressive events (N of incidents)	1	5	Nr	1	14	Nr	Nr	Nr	Nr
	Severity of aggression (M±SD)	Nr	13±2.45	Nr	Nr	9.64±5.07	Nr	Nr	Not sig.	Nr
	Patient irritability (M±SD)	6.7±1.1	5.5±0.8	Not sig.		4.3±1.2	2.9 ±0.8	Nr	Nr	Nr
	Hostility (M±SD)	11.2±1.5	5.0±	F(1,28)=8.56 (p=0.007)	7.9±1.8	4.2±1.2	F(1,28)= 8.56 (p=0.007)	Nr	Not sig	Nr
	Depression items (M±SD)	29.3±2.7	18.6±2.4	F(1,28)= 25.90 (p<0.001)	28.7±3.1	17.3±2.8	F(1,28)= 25.90 (p<0.001)	Nr	Not sig	Nr
Patient Teaching										

Nijman (1997)	Aggressive events		67	25	Nr	Control : 47	35	Nr	Nr	Nr	Nr
						Control: 40	18	Nr	Nr	Nr	
	The severity of the incidents (M)		4.51	4.05	Nr	4.20	4.55	Nr	Nr	Nr	Not sig.
	Physical aggression		30	14	Nr	41	31		Nr	Nr	Not sig.
Admission days		Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Nr	Not sig.	Not sig.	Nr	
Bellus (1999)	Monthly rates of assaultive behavior (M±SD)	BRITE only	Nr	9.24±8.05	Nr	Nr	11.16±8.02	Nr	Nr	Not sig.	Nr
		BRITE based on Social Learning approach	1 year. 9.24±8.05	7.80±7.59	Not sig.	11.16±8.02	13.52±6.16	Nr	Not sig	Not sig	Nr
			2 yr. 7.8±7.59	7.18±5.41	Not sig.	13.52±6.16	15.77±6.47	Nr		F=12.4 (p<0.002)	Nr
	Monthly rates of self-injurious behaviors (M±SD)	BRITE only	Not reported	1.58±6.02	Nr	Not reported	1.94±3.67	Nr	Nr	Not sig.	(p<0.004)
		BRITE+ Social Learning	1 year. 1.58±2.45	0.00±0.00	F= 5.31 (p<0.03)	1.94±3.67	2.77±3.02	Nr	Not sig	F=10.1 (p<0.004)	Nr
			2 yr. 0.00±0.00	0.00±0.00	Nr		2.77±3.02	3.67±3.98	Nr	Nr	F=10.2 (p<0.004)

4.4. Discussion

Au total, sept études, dont deux essais contrôlés randomisés, ont répondu aux critères d'inclusion de notre revue, présentant ainsi cinq types d'interventions : l'évaluation du risque de violence, le programme de récompenses, le massage thérapeutique, l'assistance d'un animal, ainsi que l'éducation du patient. Le principal résultat rapporté dans toutes ces études a été l'incidence de l'agression. De même, l'outil de mesure de ces résultats dans la majorité des études était le *SOAS-R*. Une diminution de l'incidence des comportements agressifs dans la plupart des études a été détectée. Cependant, la diminution était significative dans les études qui évaluent l'intervention de l'évaluation du risque de violence et celle de programmes de récompenses. D'autres effets significatifs, notamment l'utilisation et la durée de mesures de contrôle, ont aussi été notés dans les études de l'évaluation du risque de violence.

Les résultats de cette revue appuient la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes conçues pour réduire la violence chez les patients ayant de troubles mentaux. Cependant, seulement deux études ont utilisé les méthodes randomisées. Ces deux études sont celles qui ont examiné l'évaluation du risque de violence comme intervention possible (Abderhalden *et al.*, 2008 ; Van de Sande *et al.*, 2011) et qui ont répondu aux plus hautes exigences en ce qui a trait à la qualité au cours de l'évaluation des risques de biais (selon les critères EPOC). Les résultats de ces études ont indiqué que l'évaluation du risque de violence favorise une diminution significative de l'incidence des comportements agressifs, de l'agression physique et du recours à certaines mesures de contrôle. L'évaluation du risque de violence consistait en une évaluation quotidienne du risque de violence d'une durée de cinq minutes chaque jour, et

ce, parfois deux fois par jour. D'ailleurs, plusieurs auteurs attestent de l'importance de l'utilisation de cette intervention. Les auteurs ont déclaré que cette dernière améliore la prise de décision clinique chez le personnel soignant et réduit le recours à certains moyens de coercition qui sont d'ailleurs mal perçus et critiqués au plan de l'éthique (Hawley, Littlechild, Sivakumaran *et al.*, 2006; Needham, Abderhalden, Dassen *et al.*, 2004; Singh, Grann & Fazel, 2011).

Selon les résultats de cette revue systématique, l'outil commun utilisé par ces deux études est le « Brøset Violence Checklist » (BVC). D'autres outils ont aussi été employés dans l'étude de Van de Sande *et al.* (2011), comme le « Kennedy Axis V » ou le « Brief Psychiatric Rating Scale ». De même, l'utilisation d'une diversité d'outils d'évaluation du risque de violence a été constatée dans la littérature (Buchanan, Binder, Norko & Swartz, 2012 ; Hawley, Littlechild, Sivakumaran *et al.*, 2006), bien que l'efficacité de certains de ces instruments ait été remise en question par plusieurs chercheurs. En revanche, le BVC a été considéré par plusieurs études comme étant un instrument simple, valide et fiable pour la diminution des comportements agressifs (Abderhalden, Needham, Miserez *et al.*, 2004 ; Almvik & Woods, 1998 ; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000 ; Clarke, Brown & Griffith, 2010 ; Knapp, 2013 ; Rechenmacher *et al.*, 2014). D'ailleurs, selon une revue systématique réalisée en 2013 (Whittington *et al.*, 2013) et qui a fait la recension des tous les outils utilisés pour évaluer le risque de violence, le BVC a été cité comme étant le meilleur outil pour la prédiction et la détection des comportements agressifs (Area Under the Curve [AUC] = 0,81). Certaines auteures ont attesté qu'une baisse significative de la violence a été enregistrée après l'implantation de l'outil BVC dans les services de santé mentale et d'urgences (Abderhalden, Needham,

Miserez *et al.*, 2004 ; Knapp, 2013). De plus, le BVC est un outil simple, concis (composé de six éléments) et de complétion rapide (environ cinq minutes). En se basant sur ce qui précède, il convient donc de recommander l'implantation de cet outil dans la pratique, ainsi que le suivi et l'évaluation continue de ce dernier.

Les résultats de cette étude mettent en lumière d'autres interventions jugées efficaces pour la diminution des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux, notamment le programme de récompenses, soit seul, soit associé à une intervention éducative (comme celui de l'étude de Bellus 1999). Une diminution statistiquement significative des comportements agressifs a été soulignée dans l'étude de Jae Soon *et al.* (2012) malgré la petite taille d'échantillon ($n= 44$) qui pourrait limiter la puissance statistique. De même, selon les résultats de certaines études, le programme de récompenses a été démontré efficace pour diminuer des comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux (Lepage, DelBen, Pollard, et al., 2003 ; Lepage, 1999). De plus, il est crucial de mentionner que le programme de récompenses, appelé « économie de jetons », est une pratique courante dans la prison et qui s'est révélée assez efficace pour contrôler les comportements des personnes délinquantes ayant des comportements violents (Service correctionnel Canada, 2015).

4.5. Limites de la revue

En ce qui concerne les limites de cette revue systématique, il convient de discuter des possibles biais de la recherche d'information ainsi que de l'absence d'une méta-analyse. Nous avons élaboré une stratégie de recherche purement inductive qui visait toutes les interventions de diminution des comportements agressifs afin d'obtenir le maximum d'interventions possibles. Une recherche sur chaque type d'intervention aurait

pu s'avérer plus intéressante, bien qu'il ait été difficile d'effectuer une méta-analyse en raison de l'hétérogénéité des résultats de ces études.

Toutefois, en se basant sur l'outil « AMSTAR » qui permet de mesurer la qualité méthodologique des revues systématiques à partir de 11 critères (un score de 1 est attribué pour chaque critère présent ou un score de zéro lorsqu'il est absent), notre revue est considérée de bonne qualité avec un score de 8 (voir Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, 2011).

4.6 Conclusion

La sécurité du personnel soignant et la qualité des soins dispensés aux patients sont des préoccupations majeures en milieux de soins de santé. Basé sur les résultats de cette revue systématique, l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence peut diminuer la perpétration de comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux en milieu de soins, entraînant ainsi des effets positifs sur la santé et le bien-être des patients et du personnel soignant. D'autres interventions, notamment le programme de récompenses pourrait aussi être une autre intervention à envisager dans les pratiques soignantes en milieux de soins de santé mentale. Cependant, ce qui demeure crucial, c'est la volonté de changer et d'utiliser ces interventions. Enfin, les résultats de notre revue constituent une percée importante dans le domaine de la gestion de la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux ainsi qu'une assise importante sur laquelle d'autres recherches pourraient se baser.

Références

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H., & Fischer, J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *193*(1), 44-50. [doi:10.1192/bjp.bp.107.045534](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534)
- Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H. -J., & Fischer, J. E. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*(4), 422–427. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00733.x>
- Almvik, R., & Woods, P. (1998). *The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. Perspectives In Psychiatric Care*, *5*(6),208-211.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The brøset violence checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*(12), 1284–1296. <https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, *22*(3), 134–139. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>
- Bellus, S. B., Vergo, J. G., Kost, P. P., Stewart, D., & Barkstrom, S. R. (1999). Behavioral Rehabilitation and the Reduction of Aggressive and Self-Injurious Behaviors with Cognitively Impaired, Chronic Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Quarterly*, *70*(1), 27–37. <https://doi.org/10.1023/A:1022075007384>
- Bott, M., & Suk-Patrick, K. (2012). *Santé et sécurité à l'hôpital général de Guelph*. Récupéré de : <http://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2012/avril-2012/sante-et-securite-a-lhopital-general-de-guelph>
- Buchanan, A., Binder, R., Norko, M., & Swartz, M. (2012). Psychiatric Violence Risk Assessment. *American Journal of Psychiatry*, *169*(3), p. 340
- Clarke, D. E., Brown, A.-M., & Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting: Clinical utility of BVC. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*(7), 614–620. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x>
- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC).(2017). Summary assessments of the risk of bias. EPOC Resources for review authors. Récupéré de: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>
- Cochrane Handbook. (2006). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. By Julian PT Higgins and Sally Green (Editors). Récupéré de : <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/Handbook4.2.6Sep2006.pdf>
- Cochrane Handbook. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews*, version 5.1.0. Julian PT Higgins and Sally Green (Editors). Récupéré de: www.cochrane-handbook.org.

- Conseil international des infirmières. (2007). Comment affronter la violence au travail ?
Récupéré de:
www.icn.ch/images/stories/documents/publications/.../guideline_violence_fr.pdf
- Dias Marques, M., Mendes, A. M., Isabel Ferreira de Magalhães Gamito, A., & de Sousa, L. (2015). Effectiveness of animal-assisted interventions in preventing violence in acute psychiatric inpatients (Vol. 4). *Journal of Nursing Referência*, 4(5), 47-55 <https://doi.org/10.12707/RIV14060>
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2015). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Récupéré de :
<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>.
- Fontaine, R. (2003). *Psychologie de l'agression*. Psycho sup, Paris : Dunod.
- Forté, L. (2014). *L'expérience de la violence en milieu psychiatrique : l'hypervigilance généralisée et le rôle du caring dans la modulation de la peur*, Mémoire présenté à la Faculté des arts et sciences en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M.Sc.) en criminologie, université de Montréal.
- Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(9), 1351–1371. <https://doi.org/10.1017/S146114571100201X>
- Garner, B., Phillips, L. J., Schmidt, H.-M., Markulev, C., O'Connor, J., Wood, S. J., ... McGorry, P. D. (2008). Pilot study evaluating the effect of massage therapy on stress, anxiety and aggression in a young adult psychiatric inpatient unit. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(5), 414–422.
- Gbézo, B.E. (2011). *Les soignants face à la violence*. Éditions Lamare (2^{ème} Édition), Wolters Kluwer, France
- Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J., Watt, G.D. & Jurek, A. (2005). Risk factors for workrelated assaults on nurses. *Epidemiology*, 16, 704–709.
- Haute Autorité de santé. (2011). Dangerosité psychiatrique: étude ET évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Récupéré en ligne :
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201107/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf
- Hawley, C. J., Littlechild, B., Sivakumaran, T., Sender, H., Gale, T. M., & Wilson, K. J. (2006). Structure and content of risk assessment proformas in mental healthcare. *Journal of Mental Health*, 15(4), 437–448. <https://doi.org/10.1080/09638230600801462>
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. M. G. A., & Halfens, R. J. G. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>

- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K., & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63(3), 311–321.
- Holmes, D., & Jacob, J. D. (2012). Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 57. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0057>
- Jae Soon, P., & Kyunghye, L. (2012) Modification of Severe Violent and Aggressive Behavior among Psychiatric Inpatients through the Use of a Short-Term Token Economy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1062. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1062>
- Johnson, M. E. (2010). Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 181–197. <https://doi.org/10.3109/01612840903276704>
- Jones, A. P., Remington, T., Williamson, P. R., Ashby, D., & Smyth, R. L. (2005). High prevalence but low impact of data extraction and reporting errors were found in Cochrane systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(7), 741–742. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2004.11.024>
- Jones, R. M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., van den Bree, M., & Taylor, P. J. (2011). Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 198(2), 93-98. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083030.
- Knapp, S. (2013). The Effects of a Violence Assessment Checklist on the Incidence of Violence for Emergency Department Nurses. Evidence-Based Practice Project Reports. Paper 23.
- Lancôt, 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. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Larose., & Bigaouette, M. (1999). Les agressions dans les urgences générales et psychiatriques. Récupéré à : 1734063.sites.myregisteredsite.com/documentation/op/221019.pdf
- Larue, C., Daigle, N., Ménard, G. (2007). Projet visant à décrire des interventions infirmières lors de l'utilisation de mesures de contention et d'isolement en milieu psychiatrique. AQIISM, Actes de colloque.
- Liberati, A., Altman, D-G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P-C., A Ioannidis, J-P., Clarke, M., Devereaux, P-J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *BMJ*, 339, 1-73
- Lim B-C.(2011). A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses, *Singapore Nursing Journal*, 38(3), 6-12.
- Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs*, 6(1), 15-28. doi: [10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x).

- Needham, I., Abderalden, C., Halfens, R., Fischer, J., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (3), 283-296.
- Needham, I., Abderalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H. J., Halfens, R. J. G., & Fischer, J. E. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 595–601.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., William, B., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, M-D., Hardy, P., et al. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1) : 8–18.
- NHS. (2010) Cost of Violence against NHS Staff: A Report Summarising the Economic Cost to the NHS of Violence against Staff 2007/8. NHS Security Management Service.
- Nijman, HLI., Merckelbach, HLGJ., Allertz, WWF., à Campo, JMLG. (1997). Prevention of aggressive incidents in a closed psychiatric ward. *Psychiatr, Serv* 48:694–698. <https://doi.org/10.1176/ps.48.5.694>
- Observatoire national des violences en milieu de santé. (2015). Rapport annuel. Récupéré de: <http://www.afpssu.com/actualite/violences-en-milieu-de-sante/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève. Récupéré de : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisation mondiale de la santé, 2002 (Mise à jour en 2015). La violence à l'encontre du personnel soignant menace les services de santé. Récupéré de : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release37/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant. Récupéré de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83428/1/fa4.pdf>
- Paterson, B., Turnbull, J., & Aitken, I. (1992). An evaluation of a training course in the short-term management of violence. *Nurse Education Today*, 12(5), 368–375.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry*, 20(6), 447-455. [doi: 10.1192/bjp.bp.114.144576](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576)
- Rechenmacher, J., Müller, G., Abderalden, G., & Schulc, E. (2014). The Diagnostic Efficiency of the Extended German Brøset Violence Checklist to Assess the Risk of Violence. *J Nurs Meas* 22 (2), 201-212.
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2007) The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review. In: *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences and Management* (eds Richter, D. & Whittington, R.), pp. 211–227. Springer, New York.
- Santé et Services sociaux. (2009). *Regards sur le système de santé et de services Sociaux du Québec*, Canada. (Sous Edition de La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). Récupéré de version

- électronique: www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.
- Service correctionnel Canada (2015). Les programmes pour délinquants violents. Récupéré de: http://www.csc-scc.gc.ca/005/008/compendium/2000/chap_18-fra.shtml
- Shields, M., & Wilkins, K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients Rappports sur la santé (Vol. 20). Canada: Statistiques Canada.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metanalysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31, 499–513. doi: [10.1016/j.cpr.2010.11.009](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009)
- Tinchon, M. (2004). *Les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé*. Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en relations industrielles, Montréal, Canada
- Van de Sande, R., Nijman, H., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., Van der Staak, C., & Mulder, C. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473-478. doi:[10.1192/bjp.bp.111.095141](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095141)
- Whittington R, Hockenhill JC, McGuire J, Leitner M, Barr W, Cherry MG, et al. (2013) A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8. *Health Technol Assess*; 17 (50), 1-117.
- Zeller., S.L, Rhoades, R.W. (2010). Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*, 32(3), 403-425.

Chapitre 5

L'UTILISATION D'UN OUTIL D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE AUPRÈS DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX : PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

(article scientifique 2 : en cours de révision pour publication dans la *revue de Recherche en soins infirmiers*)

L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions des professionnels de santé

Résumé

L'évaluation quotidienne du risque de violence a été définie comme étant une intervention efficace pour la gestion de la violence dans les services de santé mentale.

But de recherche

Évaluer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence par les professionnels de santé dans une unité de santé mentale ainsi que les facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de ce dernier.

Méthodes

Une étude descriptive transversale s'inspirant de l'approche de Dillman (2009) et guidée par le modèle de passage des connaissances à la pratique a été réalisée.

Résultats : Vingt-six personnel soignant ont répondu au questionnaire ; 62 % ont affirmé qu'ils avaient déjà utilisé l'outil d'évaluation disponible dans leur unité, mais non de façon quotidienne. Des obstacles liés au manque de connaissances de l'outil, au manque de ressources et de temps, ainsi qu'aux attitudes négatives envers les patients ont été décelés.

42 % des participants ont exprimé le désir d'avoir une formation sur l'évaluation du risque de violence.

Conclusion

Malgré la forte exposition à la violence, les professionnels de la santé n'effectuaient pas l'évaluation quotidienne de risque. L'identification des barrières et des facilitateurs assure une direction pour les interventions nécessaires pour accroître l'utilisation quotidienne des outils d'évaluation des risques.

Mots-clés : Violence, évaluation du risque, transfert de connaissances, facilitateurs, santé mentale.

The use a violence risk assessment tool in patients with mental health conditions: Perspectives of Health Care Providers

Abstract

Regular assessment of risk for violence is shown to be effective in reducing violence in mental health services.

Purpose

To evaluate health care providers' use of a violence risk assessment tool on a mental health unit and the facilitators and barriers to its use.

Methods

A descriptive study using the Dillman (2009) approach and informed by the Knowledge to Action framework was conducted.

Results: Twenty-six health care providers responded to the survey; 62% reported using the violence risk assessment tool available on their unit, but not on a daily basis. Common barriers were lack of knowledge of the tool, lack of resources and time, and negative attitudes towards patients. 42% of participants indicated the need for further training on violence risk assessment.

Conclusion

Despite high exposure to violence, health professionals were not conducting daily risk assessment. Identified barriers and facilitators provide direction for intervention necessary to increase daily use of violence risk assessment tools.

Keywords: Violence, risk assessment, knowledge transfer, facilitators, mental health

5.1 Introduction

Le phénomène de la violence dans les milieux de soins est un problème important et les milieux de soins en santé mentale afficheraient le taux de risque le plus élevé par rapport aux autres services en matière de comportements agressifs (1- 5). Une étude révèle même que 67 % des membres du personnel travaillant en santé mentale ont été victimes de violence et que 13 % ont reçu des menaces de mort (6).

La violence engendre des conséquences physiques, psychologiques et pratiques chez le personnel soignant qui en est victime (2,7-10). Par exemple, 65 % des professionnels de la santé ont subi des blessures physiques à la suite d'un acte de violence, et 32 % de ces travailleurs répondaient aux critères diagnostiques du syndrome de stress post-traumatique (6, 11). La violence pourrait même entraîner des réactions non professionnelles chez le personnel soignant, notamment l'évitement des patients agressifs (12). De plus, la violence pourrait être liée à des conséquences financières importantes pour les établissements de santé. Selon l'étude de McGovern *et al* réalisée au Manitoba (Canada), des actes de violence perpétrés contre 180 membres du personnel soignant d'un hôpital ont causé environ 1 900 405 \$ de pertes financières en soins directs et indirects (13).

Toutes ces conséquences peuvent affecter la qualité des services que le soignant offre aux patients (12, 14, 15). Pour cette raison, certaines interventions jugées pertinentes à la prédiction ou à la gestion des comportements agressifs devraient être instaurées dans la pratique (4, 16 17). Parmi ces dernières, l'évaluation quotidienne du risque de violence a été définie comme étant une intervention efficace à la diminution des comportements agressifs et, d'ailleurs, les deux études qui évaluaient cette intervention

étaient de bonne qualité et présentaient des résultats significatifs (18, 19). Comme son nom l'indique, l'évaluation du risque de violence consiste en un processus d'évaluation des individus dans le but de retrouver et de déterminer le risque imminent ou possible de commettre un acte de violence. Certaines interventions immédiates devraient suivre cette évaluation afin de réduire ou de gérer ce risque (20). Cependant, le fait que l'évaluation du risque n'était pas une activité quotidienne dans les services de soins en santé mentale a également été soulevée dans la littérature (21).

5.1.1 But/objectifs de recherche

Évaluer l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence par les professionnels de santé dans une unité de santé mentale ainsi que les facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de ce dernier.

Objectifs.

Cerner les pratiques professionnelles canadiennes actuelles d'un outil de l'évaluation du risque de violence et identifier les facilitateurs ainsi que les obstacles influençant l'utilisation de ce dernier dans une unité de santé mentale.

5.2. Méthodologie

5.2.1. Termes utilisés

Les termes utilisés dans la littérature pour décrire ou désigner la violence sont divers et variés, présentant ainsi des nuances importantes : agression, agressivité, comportements hostiles ou agressifs. Pour cette raison et pour éviter cette ambiguïté, nous allons adopter la définition de Gbézo (22), à savoir la violence est l'utilisation de la force en vue de la destruction psychologique et physique de la personne qui en est victime.

5.2.2 Type d'étude

Une étude descriptive transversale a été menée auprès des personnes responsables de procéder à l'évaluation du risque de violence à l'unité interne de santé mentale d'un hôpital universitaire de l'Ontario. Le principal avantage de ce type de recherche est sa capacité d'identifier, de décrire et d'expliquer les facteurs relatifs à un phénomène de santé à un moment précis (23), ce qui correspond d'ailleurs à l'objectif de notre étude. L'équipe de recherche a obtenu l'approbation éthique de l'hôpital concerné (#A-08-16-01) et de l'Université d'Ottawa pour ce projet (#SI-01-06-16).

Le cadre théorique guidant cette étude est le modèle de passage des connaissances à la pratique « Knowledge-to-Action » de Graham *et al.* (24,25). Ce modèle intègre le cycle de la création des connaissances et le cycle de la mise en pratique, qui ont été proposés à la suite de l'examen de 30 théories sur la mise en pratique planifiée (24). Cette étude se focalise sur le cycle de la mise en pratique, et plus particulièrement sur les trois premières étapes qui consistent à : 1) identifier les données probantes devant être intégrées dans la pratique (utilisation peu fréquente de l'évaluation du risque); 2) adapter

les connaissances au contexte local (présence d'un outil d'évaluation dans le système informatique de l'unité); et 3) évaluer les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation des connaissances (utilisation quotidienne de l'évaluation du risque dans la pratique).

5.2.3 Milieu d'étude

La recherche a été réalisée dans l'unité interne de santé mentale d'un hôpital de l'Ontario. Cette unité contient 46 lits et elle fait partie du Service de soins en santé mentale qui comporte d'ailleurs deux autres départements (consultation externe et services ambulatoires). Depuis février 2014, l'outil « Assault and Violence Assessment Tool » permettant d'évaluer le risque de violence est disponible dans le système informatique de l'unité et est donc accessible à tous les soignants. Aucune formation professionnelle sur l'utilisation de cet outil n'est disponible dans l'unité.

5.2.4 Équipe de recherche

Nous avons formé un groupe de recherche qui comprend des chercheurs et des utilisateurs de connaissances travaillant en santé mentale. Cette collaboration permet de mieux orienter l'opérationnalisation de l'étude ainsi que l'appropriation des données de la recherche pour l'amélioration des pratiques professionnelles (26). Avant le début de la collecte de données, l'équipe de recherche s'est mise d'accord sur la question de la recherche et sur le plan global de l'étude. Tous les membres ont examiné et approuvé par la suite le protocole de recherche.

5.2.5 Participants

Les participants admissibles à notre étude sont tous les professionnels de la santé responsables de l'évaluation du risque de violence qui peuvent lire en français ou en anglais. Sont exclues les personnes en congé (maladie, maternité, etc.). En tout, ce sont

45 membres du personnel soignant (infirmières et infirmiers autorisés, travailleuses et travailleurs sociaux, ergothérapeutes) qui ont ainsi été ciblés (personnes éligibles).

5.2.6 Collecte des données

Pour optimiser le taux de réponse, la collecte de données s'est déroulée en s'inspirant de la méthode de Dillman, et al (27): une pré-notification, l'envoi initial du questionnaire et, enfin, trois rappels du même contenu. En premier lieu, pour attirer l'attention des éventuels participants, une affiche bilingue annonçant le projet a été placée dans l'unité de soins en santé mentale. De plus, une de nos utilisatrices de connaissances a diffusé verbalement les informations nécessaires concernant le projet dans l'unité de soins. Un courriel annonçant les objectifs du sondage et précisant les informations concernant les rappels et les avantages de participer à cette étude a également été envoyé à tout le personnel soignant (tous les courriels des participants ont été retrouvés par notre utilisatrice de connaissances). Une semaine plus tard, des enveloppes, qui contenaient chacune une lettre d'invitation, un formulaire de consentement, une enveloppe-réponse, le questionnaire à remplir et une carte-cadeau de 5 \$ pour chaque participant, ont été déposées dans les pigeonniers des participants. Afin d'assurer l'anonymat des répondants, aucune indication quant à l'identité des participants n'a été demandée sur l'enveloppe-réponse. Les participants devaient tout simplement remplir le questionnaire, l'insérer dans l'enveloppe- réponse et, enfin, déposer le tout dans une boîte fermée placée dans l'unité et identifiée par le titre du projet. Le questionnaire, le formulaire de consentement et l'enveloppe-réponse ont été envoyés de nouveau durant les semaines deux, quatre et cinq. À chacune de ces semaines, la chercheuse principale (IS) se déplaçait à l'hôpital pour recueillir les enveloppes-réponses dans la boîte fermée placée dans l'unité de soins.

Le montant de 5 \$ a été versé une seule fois, soit au moment de l'envoi initial, afin de remercier les participants.

5.2.6.1 Outil de collecte des données

Les informations ont été collectées par le biais d'un questionnaire permettant de vérifier la fréquence d'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence dans l'unité de soins en santé mentale et d'identifier les obstacles ainsi que les facilitateurs à l'utilisation de ce dernier dans la pratique clinique. Ce questionnaire comportait des questions sociodémographiques (âge, sexe, etc.), des questions ouvertes pour identifier des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation de l'outil et, enfin, des questions empruntées à l'instrument de mesure du changement de comportement des professionnels (« Développement Professionnel Continu » [DPC]) (28). Cet instrument a été conçu pour évaluer les répercussions des activités de perfectionnement professionnel continu sur le changement de comportement des professionnels de la santé. Le cadre théorique utilisé pour concevoir cet instrument se basait sur un modèle intégré dérivé de deux théories sociocognitives : la théorie du comportement planifié et la théorie de Triandis (29). Le DPC se compose de douze questions dont chaque réponse est évaluée sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en désaccord, ou extrêmement difficile, ou inutile, ou néfaste) à 7 (fortement d'accord, ou facile, ou bénéfique). Ces questions se focalisent autour de cinq concepts clés de la théorie du comportement planifié : l'intention, l'influence sociale, les croyances en ses capacités, les normes morales et les croyances concernant les conséquences. Le DPC a été défini comme étant un instrument valide et fidèle (stabilité interne : kappa varie entre 0,4 et 0,6 ; Consistance interne : alpha de Cronbach : 0,79-0,89) (29).

5.2.7. Analyse des données

Le taux de réponse global (la fréquence) a été calculé à partir du nombre total de questionnaires retournés en tenant compte du nombre de participants admissibles. Les données de l'étude ont été transférées dans la base de données SPSS (version 16) et une deuxième personne a vérifié toutes les données avant leur analyse pour éviter le risque d'erreur. Des statistiques descriptives de chaque variable comprenant des pourcentages et des fréquences ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS. Pour l'analyse de questions de l'instrument DPC, nous avons calculé la moyenne, la médiane et l'écart type de chaque concept (cinq concepts, soit l'intention, l'influence sociale, les croyances en ses capacités, les normes morales, les croyances concernant les conséquences), tout en respectant la méthode proposée par Légaré *et al.* (29). Par exemple, pour le calcul des scores de l'intention, une addition des réponses des questions 1 et 7 divisée par 2 a été faite pour chaque participant. En outre, pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons recodé les scores obtenus sur chacun des cinq concepts (étendue d'échelle possible = 1 à 7) en termes de fréquences selon trois catégories : de 1 à 3 (% de réponses négatives), de 3 à 5 (% de réponses neutres) et de 5 à 7 (% de réponses positives). Les obstacles et les facilitateurs décelés par les questions ouvertes ont été analysés en suivant l'approche d'analyse sommative du contenu de Hsieh & Shannon (30). Le processus consistait à repérer, puis à quantifier certains mots récurrents (ou contenu) dans le texte des participants. Aucune thématization ou interprétation du contenu n'a été effectuée.

5.3 Résultats

Vingt-six personnes ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 57,8 %. Tous les participants ont répondu après la première invitation, et aucune réponse ne nous est parvenue après les deux rappels. La majorité des participants était des femmes âgées de 30 à 39 ans ayant un diplôme de premier cycle en sciences infirmières et exerçant à temps plein, mais des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes ont également participé à l'étude (*voir le tableau 5.1*).

Tableau 5.1.
Caractéristiques sociodémographiques de la population.

Caractéristiques sociodémographiques	N/26 (%)
Âge	
• Moins de 29	4 (15.4)
• 30 à 39	9 (34.6)
• 40 à 49	7 (26.9)
• 50 à 59	4 (15.4)
• Données manquantes	2(7.7)
Genre	
• Femmes	19(73.1)
• Hommes	4 (15.4)
• Autres	1 (3.8)
• Données manquantes	2 (7.7)
Niveaux de scolarité	
• Études collégiales au communautaire	3 (11,5)
• Études de premier cycle	15 (57.7)
• Études supérieures (2 ^{ème} et 3 ^{ème} cycle)	3(11.5)
• Plus qu'une formation	4(15.4)
• Données manquantes	1 (3,8)
Position occupée	
• Infirmières autorisées	19(73)
• Travailleuses sociales	2 (7.7)
• Ergothérapeutes	2 (7.7)
• Autres	2 (7.7)
• Données manquantes	1 (3.8)

Expériences professionnelles

• Moins de 6 mois	3 (11.5)
• >1 à 2 ans	2(7.7)
• 3 à 5 ans	4(15.4)
• 6 à 10 ans	9 (34.6)
• Plus de 10 ans	7(26.9)
• Données manquantes	1(3.8)

Statut d'emploi

• Temps plein	19 (73.1)
• Temps partiel	3 (11.5)
• Temporaire	3 (11.5)
• Données manquantes	1(3.8)

5.3.1 Exposition aux patients présentant des comportements agressifs et utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence

Un total de 24 participants (92,3 %) ont signalé avoir été exposés à un patient présentant des comportements agressifs durant les trois derniers mois, et la moitié d'entre eux (n = 12) ont dit avoir été agressés de 2 à 5 fois (*voir le tableau 5.2*). Par ailleurs, 16 répondants ont affirmé qu'ils avaient déjà utilisé l'outil d'évaluation du risque de violence disponible dans l'unité, et cette utilisation s'est faite au moment de l'admission (n = 9/16), chaque jour (n = 3/16) ou seulement si c'était nécessaire (n = 5/16). Lorsqu'on leur a demandé ce qui les avait amenés à utiliser ou penser à utiliser l'outil d'évaluation du risque, six participants ont répondu qu'ils le faisaient seulement lorsque le patient manifestait des comportements agressifs. Par contre, sept participants ont indiqué qu'il fallait tout simplement le faire à l'admission, alors qu'un autre participant rapportait qu'avant d'utiliser l'outil, il se basait sur son expérience et sur son expertise pour juger les personnes les plus agressives. Pour un autre participant, l'utilisation de l'outil dépendait de l'histoire du patient en matière de violence. Par ailleurs, un autre participant

a déclaré qu'il ignorait complètement quelle était la bonne pratique. Enfin, deux participantes ont déclaré qu'elles ne voulaient pas utiliser cet instrument, étant donné qu'il ne leur donnait pas une image précise de la dangerosité du patient.

Tableau 5.2. La violence et l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence dans la pratique actuelle.

Exposition à la violence (les 3 derniers mois)	N/26 (%)
• Non	2 (7.7)
• Oui	24(92.3)
• 1	5/24(20.83)
• 2 à 5	12/24(50)
• 6 à 10	6/24(25)
• ≥10	1/24(4.16)
Utilisation de l'outil (les 3 derniers mois)	
• Non	10(38.5)
• Oui*	16(61.5)
• Admission	9/16(56.25)
• Chaque jour/shift	3/16(18.75)
• Seulement, si nécessaire	5/16(31.25)
Combien (la dernière semaine)	
• 1	9(34.6)
• 2 à 5 fois	7(26.9)
La décision de l'utilisation de l'évaluation du risque	N=20
• Patient démontre des comportements agressifs	6(30)
• À l'admission	7(35)
• Histoire du patient	1(5)
• Jugement personnel	1(5)
• Jamais (ne donne pas la bonne image de la dangerosité)	2(10)
• Quart du jour et du soir	1 (5)
• Avant la rencontre initiale du patient	1(5)
• Incertain	1(5)

* Réponses multiples sont permises; total n'est pas égal.

5.3.2 Les perceptions des participants concernant l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque

Plus de la moitié des participants (n=15) étaient tout à fait convaincus qu'ils avaient déjà les compétences nécessaires leur permettant d'utiliser correctement l'outil d'évaluation du risque (voir le tableau 5.3). De même, 13 participants croient en l'importance de son utilisation et 14 en sa légitimité. En contrepartie, 12 étaient neutres concernant leur intention de l'utiliser. Par ailleurs, dix participants ont répondu qu'il n'y avait pas vraiment une grande utilisation de cet outil par leurs collègues ou par les personnes significatives pour eux.

Tableau 5.3. Facteurs influençant l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence.

Variables	N	Médiane	Moyenne	Écart-type	Réponses aux items		
					Scores 1-3 (%)	Scores 3-5 (%)	Scores 5-7 (%)
Intention	26	5.00	4.82	1.87	11.5	46	42.3
Influence sociale	26	4.47	4.06	1.70	38.5	31	30.6
Croyances en capacités	26	5.67	5.37	1.47	7.7	34.8	57.5
Les normes morales	26	5.50	5.27	1.53	11.5	34.5	53.7
Croyances concernant les conséquences	26	5.25	5.23	1.58	15.4	34.5	50

5.3.3. Les obstacles à l'utilisation de l'outil de l'évaluation du risque de violence

Sur les 26 participants, 17 ont répondu à cette question (*voir le tableau 5.4*). Au total, six obstacles ont été soulevés par les participants. Parmi ces derniers, le manque de connaissances de l'outil (quoi faire, où le trouver, comment le remplir, son efficacité) se présente comme le principal obstacle (n=8/17). Par ailleurs, six répondants ont mentionné que le manque de temps et la surcharge de travail sont d'autres entraves à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque. D'autres (n=2) considèrent que la non-pertinence et la non-mise à jour de l'outil sont les raisons sous-jacentes de sa non-utilisation.

5.3.4. Les facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence

Parmi les 26 participants, 16 ont répondu à cette question, mais deux ont déclaré avoir éprouvé de la difficulté à repérer les facilitateurs, étant donné leur manque de connaissances de cet outil (*voir le tableau 5.4*). Au total, six facilitateurs ont été rapportés par le reste des participants (soit 14 participants), et huit de ces derniers ont souligné qu'une bonne connaissance de l'outil (son fonctionnement, l'accessibilité, etc.) leur permettrait une meilleure utilisation. Trois répondants ont affirmé qu'une bonne approche collaborative interprofessionnelle, telle que la communication et le partage des informations concernant l'histoire du patient et ses antécédents, faciliterait l'utilisation de l'évaluation du risque. Un participant a soulevé la nécessité d'avoir accès à davantage de ressources humaines et matérielles. En outre, un autre participant a exprimé son désir d'avoir un outil plus clair, plus simple et plus court. Enfin, un répondant a soulevé le fait que la normalisation ou la standardisation des écrans de l'outil d'évaluation du risque de violence dans toutes les unités constituerait un facilitateur important.

5.3.5. Les besoins relatifs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence

Parmi les 26 participants, seulement 19 d'entre eux ont exprimé des besoins quant à l'évaluation du risque (*voir le tableau 5.4*). Huit répondants à notre étude ont déclaré avoir besoin d'une formation (plus de connaissances) sur l'utilisation de l'évaluation du risque de violence. Par ailleurs, deux répondants trouvent que cette activité devrait faire partie de la tâche des professionnels de l'urgence et, ainsi, qu'ils ne devraient pas avoir à la faire eux-mêmes. Deux personnes affirment que cet outil devrait être disponible sur le système électronique de l'unité, et deux autres insistent sur l'importance de la collaboration professionnelle (partage des informations sur l'histoire du patient, communication et répartition du travail entre les membres de l'équipe).

Tableau 5.4. Les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence.

	N/26 (%)
Les obstacles	17 (65,4)
• Manque des connaissances	8/17(47)
• Manque du temps	3/17(17.64)
• Surcharge de travail	3/17(17.64)
• Dangereux du patient	1/17(5.9)
• Outil non pertinent	1/17(5.9)
• La mise à jour de l'outil	1/17(5.9)
Les facilitateurs	16 (61.5)
• Bonne connaissance de l'outil	3/16(18.75)
• Accès à l'outil	5/16(31.25)
• Approche collaborative interprofessionnelle	3/16(18.75)
• Ressources humaines et matérielles	1/16(6.25)
• Outil plus clair, plus simple et plus court	1/16(6.25)
• Normalisation des écrans	1/16(6.25)
• Non certain	1/16(6.25)
• Rien	1/16(6.25)
Les besoins	19(73)

• Formation spéciale et avoir plus des connaissances	8/19(42.1)
• Disponibilité de cet outil dans le système électronique	2/19(10.52)
• Activité fait partie de la tâche des professionnels de l'urgence	2/19(10.52)
• Collaboration, communication et répartition du travail	1/19(5.26)
• Collecte des données sur l'histoire des patients	1/19(5.26)
• Certaines ressources	1/19(5.26)
• Moyens plus efficaces (médicaments, agents de sécurité)	2/19(10.52)
• Rien	

5.4. Discussion

La plupart de nos participants ont déclaré avoir été exposés à un patient présentant des comportements agressifs ; la moitié d'entre eux ont été agressés de deux à cinq fois, et plus du quart l'ont été plus de six fois. Malgré cela, seulement 16 répondants ont affirmé avoir utilisé l'outil d'évaluation du risque de violence disponible dans l'unité dans les trois derniers mois. Par ailleurs, plus de la moitié des participants croient en l'importance et la légitimité de l'utilisation de l'outil bien que près de 15 répondants n'ont pas tout à fait ou pas du tout l'intention de l'utiliser. Des obstacles liés au manque de connaissances de l'outil, au manque de ressources et de temps, ainsi qu'aux comportements craintifs ou appréhensifs envers les patients ("personnes dangereuses") et à la non-pertinence de l'outil ont été aussi mentionnés. En revanche, les participants ont souligné être confiants en leurs capacités et en leurs habiletés à utiliser l'outil, tout en exprimant le désir d'avoir une formation sur l'évaluation du risque.

Pour gérer la violence, il est opportun de reconnaître d'abord son existence et le fait qu'elle représente une vraie problématique (22). Ainsi, selon les professionnels de la santé de notre étude, la violence est considérée comme un problème sérieux et assez fréquent à l'unité. En fait, 92 % de nos participants ont affirmé avoir été exposés à des actes agressifs perpétrés par des patients ayant de troubles mentaux, et 23 % d'entre eux ont été agressés plusieurs fois durant les trois derniers mois. Nos résultats sont d'ailleurs cohérents avec d'autres études qui montrent que de 16 à 23 % des patients atteints de troubles mentaux ont commis un acte agressif pendant le premier mois de leur admission à l'hôpital (31), et que la moitié des infirmières canadiennes ont déclaré avoir été

agressées au moins une fois par semaine par des personnes atteintes de troubles mentaux (32).

Plusieurs auteurs soutiennent l'importance de l'utilisation quotidienne (chaque jour, voire deux fois par jour) de l'évaluation du risque de violence pour faire face à ce problème (4, 18, 21, 19). Cette intervention pourrait améliorer la prise de décision clinique du personnel soignant et diminuer le recours à certaines mesures de contrôle telles que l'isolement et la contention (33, 34). Aussi, les professionnels de la santé de notre étude avaient accès à un instrument d'évaluation du risque de violence ; toutefois, ce dernier n'a pas été utilisé de façon régulière, et certains participants pensent même que cette intervention n'est pas de leur responsabilité. Enfin, environ la moitié des participants à l'étude se disent neutres quant à leur intention d'utiliser ou non l'outil.

Plusieurs facteurs restreignant la capacité de procéder à l'évaluation du risque de violence ont été soulignés par les participants de notre étude. Parmi ces derniers figure le manque de connaissances de l'outil et de son utilisation. Ce facteur est considéré comme étant le plus important, et cela rejoint les résultats d'autres études (21, 35) où le manque de connaissances a été défini comme étant une entrave principale à la réalisation de l'évaluation du risque. Or, la présence de certaines connaissances s'avère indispensable pour pouvoir adopter un nouveau comportement (36, 37). À ce propos, il est intéressant de noter que les professionnels de la santé de notre étude (42%) ont exprimé le désir d'avoir une formation sur l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence. Selon nous, la mise en place d'une formation spécialisée est une condition essentielle à cette pratique.

Dans la littérature, il existe plusieurs outils d'évaluation du risque de violence, dont le présent outil actuellement implanté dans l'hôpital ciblé par notre recherche. Cet outil a été sous-estimé par quelques-uns de nos participants. Certains d'entre eux ont même refusé de l'utiliser en invoquant sa non-pertinence, son inefficacité et sa complexité, remettant ainsi en question la qualité et la nature même de cet outil. D'ailleurs, il a été difficile, voire impossible, de repérer des données probantes ou des preuves d'efficacité sur ce dernier dans la littérature. En contrepartie, d'autres outils, notamment l'instrument « Brøset Violence Checklist » (BVC), pourraient être plus intéressants que le présent outil. En effet, une formation complète en ligne sur l'utilisation du BVC est offerte par ses créateurs, Almvik et Woods (38). De plus, le BVC est un outil simple et clair qui contient seulement six questions. Plusieurs études et recherches ont validé et démontré la fiabilité de cet outil quant à sa capacité de prédire la violence (39, 40, 41, 42).

5.5. Forces de l'étude

Sur le plan méthodologique, nous estimons que, malgré la petite taille de notre échantillon, le taux de réponse était acceptable, soit un taux supérieur à 50 (43). Cela soulève l'importance de l'approche collaborative suivie dans cette présente étude. En outre, notre étude a mis en lumière certains obstacles décelés par les personnes concernées. Pour surmonter certaines de ces obstacles, certaines suggestions ont ainsi été présentées dans le but de conscientiser les décideurs et les différents intervenants impliqués dans la résolution et la gestion de la violence en milieux de soins.

5.6 Limites de l'étude

Nous aimerions reconnaître le fait qu'il aurait été intéressant de procéder à une analyse de nos résultats en fonction de la profession, d'autant plus que des recherches antérieures ont montré des différences entre les infirmières autorisées et les spécialistes en réadaptation concernant l'adoption de nouveaux comportements (44). Toutefois, il aurait été difficile d'effectuer cette analyse, puisque la plupart des participants à notre étude étaient des infirmières. En plus, nous avons envoyé des invitations de participation à toutes les personnes censées faire l'évaluation du risque de violence. Nous estimons de même que seulement le personnel soignant qui se préoccupe de la réalité de la violence ou les personnes qui ont été les plus exposées à ce phénomène ont participé à notre recherche.

5.7 Conclusion

La plupart des professionnels de la santé de cette étude ont déclaré avoir été exposés à des patients manifestant des comportements agressifs. En outre, plus que la moitié d'entre eux ont déjà utilisé l'outil d'évaluation du risque de violence, mais non de façon quotidienne. Bien qu'ils ne pratiquent pas quotidiennement cette intervention et que, pour certains, ils n'aient pas l'intention de l'utiliser régulièrement ; les professionnels de la santé ont une grande confiance en eux-mêmes quant à leurs capacités à effectuer l'évaluation du risque de violence. Certains obstacles, tel le manque de connaissances, ont été mentionnés comme étant une raison sous-jacente à cette non-utilisation quotidienne. Il semble donc important de mettre en place des stratégies efficaces (des guides de pratique, des formations, des approches interprofessionnelles) pour faire face à ces obstacles dans le but, d'une part, d'améliorer la qualité de soins

dispensés aux patients et, d'autre part, d'assurer un environnement sécuritaire aux contraintes psychologiques ou physiques. La mise en oeuvre de l'utilisation quotidienne d'une intervention comme l'évaluation du risque de violence exige une formation professionnelle pour le personnel soignant, une véritable volonté de changement de la part de décideurs politiques ainsi qu'une surveillance continue afin de maintenir l'utilisation des connaissances issues de la pratique.

Références

1. Chen WC, Hwu HG, Lin YP, Guo Y.-L. L, Su TS, & Wang J.D. Workplace violence from psychiatric patients. *Journal of Occupational Safety and Health*. 2010 January;18:163–176.
2. Forté L. L'expérience de la violence en milieu psychiatrique : l'hypervigilance généralisée et le rôle du caring dans la modulation de la peur. [Mémoire du grade de maîtrise (M.Sc.) en criminologie]. Canada : Université de Montréal; 2014.
3. Lanza ML, Rierdan J, Forester L, Zeiss RA. Reducing Violence Against Nurses: The Violence Prevention Community Meeting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009 Nov 10;30(12):745–50.
4. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassent T, Haug A H. J. et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004; (11): 595–601.
5. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C, et al. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*. 2013 Feb;44:57–64.
6. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19(5):572–8.
7. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science & medicine*. 2001;52(3):417–427.
8. Conseil international des infirmières. Comment affronter la violence au travail [En ligne]. Genève, Suisse ; 2007. [cité le 20 aout 2017]. Disponible: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf
9. Nicholls TL, Brink J, Greaves C, Lussier P, Verdun-Jones S. Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2009 Jan;32(1):23–30.
10. Whittington R, Wykes T. Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing*. 1992 Apr 1;17(4):480–6.

11. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19(5):492–501.
12. Gates DM, Gillespie GL, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing economics*. 2011;29(2):59.
13. McGovern P, Kochevar L, Lohman W, Zaidman B, Gerberich SG, Nyman J, et al. The cost of work-related physical assaults in Minnesota. *Health Services Research*. 2000;35(3):663.
14. Ünsal Atan Ş, Baysan Arabaci L, Sirin A, Isler A, Donmez S, Unsal Guler M, et al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;20(10).
15. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-paull C. Violence Toward Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(1):13–22.
16. Bureau de transfert et d'échange de connaissances. La gestion des comportements agressifs chez les enfants et adolescents en pédopsychiatrie. [En ligne]. Canada, Laval, pistes d'action documentées pour la pratique infirmière ; 2006. [cité le 20 aout 2017]. Disponible: http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/cahiers_BTEC/cahier-8-pedo-agressivite.pdf
17. Perron A, Jacob JD, Beauvais L, Corbeil D, Bérubé D. Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*. 2015; 120(1):47–60.
18. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug H-J, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2008;193(1):44–50.
19. Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van Der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2011;199(6):473.
20. Hart SD. Assessing and managing violence risk. Dans: Douglas, editeur. HCR-20 violence risk management companion guide. British Columbia: Florida Mental Health Institute, University of South Florida; 2001. pp. 13-25.
21. Jefferies Sewell K. An Exploration of Barriers and Facilitators to Risk Assessment in Mental Health Professionals [Degree of Doctor philosophy]. USA: University of Hertfordshire; 2015. Disponible: <https://uhra.herts.ac.uk/handle/2299/17109>
22. Gbézo BE. Les soignants face à la violence. 2e éd. France : Editions Lamarre ; 2011.

23. Bousquet PJ, Bousquet J, Daures JP, Demoly P. Les principales études épidémiologiques d'observation. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*. 2004;44(6):509–15.
24. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2006;26(1):13–24.
25. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge translation: What it is and what it isn't. In: Straus S, Tetroe J, Graham ID, editors. *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice*. 2^e éd. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell Publishing; 2013.
26. Abdullah G, Stacey D. Le rôle des infirmières en oncologie dans l'application des connaissances intégrée. *CONJ RCSIO*. 2014 Printemps; (2) : 55-56.
27. Dillman, D.A., Smyth, J.D., Christian, L.M. *Internet, Mail and Mixed-Mode Surveys; The Tailored Design Method*. 3rded. John Wiley Co; 2009.
28. Legare F, Borduas F, Freitas A, Jacques A, Godin G, Luconi F, et al. Development of a Simple 12-Item Theory-Based Instrument to Assess the Impact of Continuing Professional Development on Clinical Behavioral Intentions.(Research Article). *PLoS ONE*. 2014;9(3):e91013.
29. Legaré F, et al. User Manual – The Continuing Professional Development (CPD) Reaction Questionnaire. [En ligne].Laval : Canada ; 2015. [cité le 20 aout 2017]. Disponible : <http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/en/research/projects/cpd/>
30. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277–88.
31. Choe J. Y, Teplin L. A, Abram K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatr Serv*. 2008; 59(2): 153-164.
32. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health policy*. 2003;63(3):311–21.
33. Hawley CJ, Littlechild B, Sivakumaran T, Sender H, Gale TM, Wilson KJ. Structure and content of risk assessment proformas in mental healthcare. *Journal of Mental Health*. 2006 Jan 1;15(4):437–48.

34. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995;92(4):250–4.
35. Saumur M. Interventions pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale des adultes avec trouble mental hospitalisés en soins physiques. [Maîtrise en sciences infirmières]. Canada : Université de Montréal; 2016.
36. Cabana M. D , Rand C. S, Powe N. R, Wu A. W, Wilson M. H, Abboud P-A. C. Rubin, H. R. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines. *Journal of American Medical Association*. 1999; 282(15): 1458-1465.
37. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Turcot L, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2018 Mar 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006732>
38. Almvik R, Woods P. The Brøset Violence Checklist (BVC): Interprétation et Opérationnalisation[En ligne]. Suisse : Norvege ;2000. . [cité le 18 aout 2016]. Disponible: <http://riskassessment.no/files/BVC-Fr.pdf>
39. Almvik R, Woods P. The Broset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: some preliminary results. *Psychiatric Care*. 1998 (5): 208–211.
40. Almvik R, Woods P. Rasmussen K. The Broset Violence Checklist: sensitivity, specificity and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000; (15):1284–1296.
41. Clarke D.E, Brown A.M, Griffith P. The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010; (17) : 614-620.
42. Rechenmacher J, Müller G, Abderhalden G, Schulc E. The Diagnostic Efficiency of the Extended German Brøset Violence Checklist to Assess the Risk of Violence. *J Nurs Meas* , 2014; 22 (2): 201-212.
43. Dillman, D. A. *Mail and internet surveys: The total design method* .2^e éd. New York: Wiley; 2000.
44. Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi M-J, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014;(9). Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3>

Chapitre 6

DISCUSSION GÉNÉRALE

6. Discussion

La violence à l'encontre du personnel soignant en milieu de soins représente un véritable problème de santé publique. Parallèlement, les personnes ayant des troubles mentaux sont considérées comme les personnes les plus à risque de manifester des comportements agressifs et violents. À l'égard de cette problématique, des interventions efficaces permettant de diminuer ces comportements s'avèrent nécessaires. Pour cela, le but général de cette présente thèse était d'explorer les interventions que les infirmières ou infirmiers peuvent utiliser pour diminuer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux. Basées sur le modèle de passage des connaissances à la pratique (Graham *et al.*, 2006), deux études séquentielles ont été réalisées. La première consistait en une revue systématique de la littérature qui visait à déterminer l'efficacité des interventions que les infirmières ou infirmiers pouvaient utiliser pour diminuer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux. La deuxième avait pour but de déterminer les facteurs influençant l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence dans une unité de soins en santé mentale.

Au regard de ces visées, ce chapitre présente trois sections : dans la première, plus descriptive, sont abordés les principaux résultats tirés de deux articles de recherche. Pour sa part, la seconde section est consacrée à la discussion intégrale des principaux résultats. Enfin, la troisième section aborde les implications de cette recherche doctorale pour la pratique infirmière, pour le domaine de l'éducation, pour la réglementation et l'élaboration des politiques et, enfin, pour la recherche en soins infirmiers.

6.1 Rappel des principaux résultats

La revue systématique (chapitre 4) sur la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux a permis de repérer sept articles. Au total, cinq interventions pouvant être utilisées par les infirmières comme une pratique de soins ont été soulignées : l'évaluation du risque de violence (n = 2 études randomisées), le programme de récompenses (n = 1 non randomisé), le massage thérapeutique (n = 1 pré/post), l'assistance d'un animal (n = 1 non randomisé) ainsi que l'éducation du patient (n = 2 : non-randomisées/contrôle avant et après). Les sept articles présentaient des risques de biais variables : quatre d'entre eux avaient un risque imprécis et trois, un risque élevé de biais. Par ailleurs, l'évaluation du risque de violence a été définie comme étant l'intervention la plus efficace pour la prévention et la diminution des comportements agressifs chez les personnes souffrant de troubles mentaux, entraînant ainsi des effets positifs sur la santé et le bien-être des patients et du personnel soignant (Abderhalden *et al.*, 2008; Van de Sande *et al.*, 2011). L'intervention consistait en une évaluation quotidienne du risque de violence pour chaque nouveau patient admis à l'unité interne de santé mentale, et ceci, deux fois par jour minimalement. Dans ces deux études, un outil commun, le *Brøset Violence Checklist* (BVC), a été utilisé pour réaliser cette intervention. Ainsi, les résultats des deux études ont indiqué que l'évaluation du risque de violence avait un effet statistiquement significatif sur la diminution de la fréquence des incidents violents, l'agression physique, l'utilisation de mesures de contrôle et, enfin, sur la durée de l'isolement des patients.

À la lumière de ces résultats, une enquête transversale descriptive (chapitre 5) servant à vérifier les facteurs qui influencent l'utilisation d'un outil d'évaluation du

risque de violence dans une unité de soins de santé mentale dans un hôpital de l'est de l'Ontario a été effectuée. Dans cette unité, un outil visant à réaliser l'évaluation du risque de violence nommé « Assault and Violence Assessment Tool » a été intégré dans le système informatique en 2014. La collecte de données a été effectuée au moyen d'un questionnaire autoadministré, tout en s'inspirant de l'approche de Dillman *et al.* (2009). Parmi les 45 personnes potentielles, 26 professionnels de la santé ont répondu au questionnaire (soit un taux de réponse de 57,8 %), et 92,3 % d'entre eux ont signalé avoir été exposés à un patient présentant des comportements agressifs durant les trois derniers mois. En outre, 62 % ont affirmé qu'ils avaient déjà utilisé l'outil d'évaluation du risque de violence disponible dans leur unité, mais non de façon quotidienne. Des obstacles liés au manque de connaissances de l'évaluation du risque de violence (plus particulièrement l'outil lui-même), au manque de ressources et de temps, ainsi qu'aux attitudes négatives envers les patients et à l'égard de l'outil ont été rapportés. Quant aux facilitateurs, 42 % des participants ont exprimé le désir d'avoir une formation qui porterait sur l'évaluation du risque de violence. Bien que les preuves démontrent la pertinence et l'efficacité de l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence comme outil pour prévenir et diminuer la violence en milieu de soins (chapitre 4), cette intervention n'est pas effectuée quotidiennement. Les professionnels de la santé participant à notre étude ont souligné certains obstacles qui empêchent l'utilisation régulière de cette intervention. En se basant sur le cadre théorique de transfert des connaissances vers la pratique (Graham *et al.*, 2006), il semble crucial de mettre en place certaines interventions visant à surmonter ces obstacles et d'implanter cette intervention comme pratique quotidienne de soins afin de diminuer la violence dans les unités de soins en santé mentale.

6.2 Discussion intégrale

Les constatations tirées de ces deux études de recherche doctorale révèlent trois axes fondamentaux à considérer pour diminuer la fréquence de la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux :

- L'importance de l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence dans la pratique ;
- La nécessité d'un outil d'évaluation de qualité : clair, simple et pour lequel il existe une formation simple et gratuite ;
- La mise en œuvre de moyens visant à surmonter les obstacles entravant l'utilisation régulière de l'évaluation du risque de violence pour une meilleure implantation de cette intervention dans la pratique.

6.2.1 Utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence. Les résultats de notre revue systématique (chapitre 4) ont mis en lumière l'efficacité de l'évaluation du risque de violence comme intervention auprès des personnes ayant des troubles mentaux. Deux études randomisées et jugées de qualité acceptable ont montré, après l'implantation de cette intervention en milieu psychiatrique, qu'il y avait une diminution significative de la fréquence de la violence. Également, une diminution significative de la fréquence des agressions physiques, de l'utilisation des mesures de contention ainsi que de la durée de l'isolement a été soulignée (Abderhalden *et al.*, 2008; Van de Sande *et al.*, 2011). Cette intervention consistait à analyser les risques de violence au moyen d'outils d'évaluation pour chaque nouveau patient au moins deux fois par jour en vue de mettre en place des interventions adéquates. Selon les deux études incluses dans notre revue, certaines interventions ont été mises en place, allant de la simple

communication jusqu'à l'injection de certains médicaments, selon le niveau du risque détecté (risque minime, modéré ou grave). Ces résultats concordent avec les recommandations de plusieurs études. Les auteurs de ces études indiquent que l'évaluation du risque de violence est l'une des stratégies les plus importantes pour guider les décisions du personnel soignant, décrypter les réactions émotionnelles suscitées chez ce personnel à la suite d'un acte de violence et éviter le recours aux interventions coercitives (Björkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006; Buchanan, Binder, Norko & Swartz, 2012; Gravier & Lustenberger, 2005; Hawley, Littlechild, Sivakumaran *et al.*, 2006; Van de Sande, Noordthoorn, Wierdsann *et al.*, 2013). La mise en pratique de cette intervention doit s'effectuer quotidiennement (Almvik, 2008) afin de pouvoir prévenir la manifestation de comportements agressifs ou violents. L'Institut de la prévention de crise (IPC, 2012) affirme que la détection rapide du risque de violence permet de promouvoir les meilleures interventions qui peuvent minimiser ou faire disparaître les comportements violents. L'évaluation de risque permet au personnel soignant d'adapter les meilleures interventions aux caractéristiques des patients évalués (personne agitée, à risque modéré ou élevé, etc.), et cela peut amener des effets positifs sur la relation interpersonnelle avec le patient, diminuer la durée de son hospitalisation et favoriser son autonomie (Laurelli, Martin, Giguere & Dumais, 2007).

Malgré tout ce qui vient d'être dit précédemment, dans notre étude transversale réalisée dans une unité de soins en santé mentale, et en dépit de la forte exposition aux comportements agressifs, le personnel soignant a déclaré ne pas utiliser quotidiennement l'outil d'évaluation du risque de violence présent dans le système informatique de leur unité et disponible depuis février 2014. Une minorité des membres du personnel ne

l'utilisaient qu'en cas de nécessité ou au moment de l'admission de nouveaux patients. Les participants à cette étude ont justifié cette non-utilisation par le manque de connaissances et le manque de temps, la surcharge de travail, la dangerosité du patient et, enfin, la non-pertinence et l'inutilité de l'outil (chapitre 5). Cela rejoint les résultats de certaines études qui évaluent les obstacles à l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque (quel que soit le risque). Les auteurs affirment que des biais cognitifs (p. ex., le manque de connaissances) et les attitudes négatives envers les patients et à l'égard de l'évaluation représentent les obstacles les plus importants (Jefferies-Swell, 2015 ; Petrik, 2014). Des recherches antérieures portant sur le transfert des connaissances vers la pratique ont montré que le manque de connaissances est perçu comme un obstacle influençant les comportements et l'intention du professionnel de la santé d'utiliser tout nouveau savoir (Godin, Belanger-Gravel, Eccles *et al.*, 2008).

À la suite de cette controverse, plusieurs questions et réflexions ont été soulevées sur la nature des soins prodigués. Un écart entre les éléments de preuves trouvés dans notre revue systématique à propos de l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque et la pratique actuelle du personnel soignant dans l'unité interne de santé mentale a été noté. Un tel écart indique que les patients ne bénéficient pas des soins efficaces et de qualité auxquels ils ont droit (Straus, Tetroe & Graham, 2013). Or, cela va à l'encontre des recommandations concernant la qualité des soins requise pour une population vulnérable et fortement marginalisée comme la population en santé mentale (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2010b). Le besoin de soins de qualité pour cette population est encore plus grand que celui du reste de la population (Page & Banville, 2011).

Pour cette raison, l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence devrait être une tâche incontournable et indissociable du processus de soins en santé mentale. Néanmoins, en se basant sur ce qui se trouve dans la littérature, les preuves démontrent que seule l'utilisation de bons outils d'évaluation du risque de violence permet d'identifier les patients susceptibles de manifester des comportements agressifs ou violents, ainsi que les récidivistes (Almvik, 2008, 2015 ; Woods & Kettles, 2009).

6.2.2 Nécessité d'un outil d'évaluation du risque de violence de qualité. Plus de 150 outils d'évaluation du risque de violence ont été répertoriés dans la revue systématique de Singh, Serper, Reinharth & Fazel (2011). Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité d'un outil simple, clair, valide et pour lequel une formation simple existe (Woods & Kettles, 2009 ; Almvik 2008). Borum (1996) ajoute que le choix approprié d'un outil d'évaluation du risque de violence assure un meilleur respect des obligations éthiques et déontologiques de la profession soignante. Kerlinger (1973) mentionne ceci : « If one does not know the reliability and validity of one's data little faith can be put in the results obtained and conclusions drawn from the results » (p. 442).

Les résultats de notre revue systématique (chapitre 5) ont révélé un outil d'évaluation du risque de bonne qualité : le Brøset Violence Checklist (BVC). Cet outil se compose d'une liste de 6 items permettant de prédire la présence de comportements agressifs dans les 24 heures qui précèdent leur manifestation. Le remplissage de cet outil nécessite environ cinq minutes. De plus, cet outil présente de bonnes caractéristiques psychométriques. Contrairement à l'outil existant dans l'unité de santé mentale de notre milieu de recherche (chapitre 4), le BVC a été mis en évidence par plusieurs recherches nationales et internationales (Abderhalden *et al.*, 2004 ; Abderhalden *et al.*, 2006 ;

Almvik & Woods, 1998; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000, 2007; Bjorkdahl, Olsson & Palmstierna, 2006; Chu *et al.*, 2013; Clarke, Brown & Griffith, 2010; Hvidhjelm *et al.*, 2014; Rechenmacher *et al.*, 2014; Van de Sande *et al.*, 2013; Yao *et al.*, 2014). Les valeurs de l'aire sous la courbe (*Area Under the Curve* [AUC] en anglais), qui se situaient entre 0,77 et 0,94, dévoilent un bon degré de validité du BVC, étant donné que les valeurs AUC sont supérieures à 0,7. Il s'agit là d'un annonciateur de la sensibilité et de la spécificité de cet outil (Fortin & Gagnon, 2016). Les valeurs de stabilité ($\kappa = 0,44$; ICC = 0,84) indiquent aussi un bon niveau de fiabilité de cet instrument (Yao *et al.*, 2014; Nunnally & Bernstein, 1994). Inversement, aucun indice ni aucune preuve de la qualité de l'outil « Assault and violence Assessment Tool », disponible dans l'unité de santé mentale, ne sont ressortis.

De ce fait, le BVC apparaît comme le meilleur outil qui peut répondre à ces critères et combler les besoins ciblés par les membres du personnel soignant de cette étude. Ces soignants ont exprimé le désir d'avoir un outil plus simple, plus clair et plus accessible que celui actuellement disponible dans leur unité de soins. Le BVC constitue donc un instrument de qualité qui peut répondre à leur demande. D'ailleurs, la guidance NICE (the National Institute for Health and Care Excellence [NICE 2015]) pour la gestion de la violence et de l'agression en santé mentale recommande fortement l'utilisation du BVC ou du Dynamic Appraisal of Situational Aggression-Inpatient Version (DASA-IV) pour diminuer l'incidence de la violence et des agressions. De plus, Yao *et al.* (2014) ajoutent que le BVC est un outil facile à remplir et très apprécié des infirmières.

6.2.3 Implantation de l'évaluation du risque de violence (outil BVC) dans la pratique quotidienne.

Pour une implantation efficace de l'évaluation du risque de violence comme pratique quotidienne en santé mentale, il est opportun de sélectionner les meilleures interventions pour surmonter les obstacles détectés par les personnes concernées (Graham *et al.*, 2006). Selon les résultats de notre enquête transversale (chapitre 4), les principales barrières soulevées étaient le manque de connaissances, la surcharge de travail, le manque de temps ainsi que les attitudes négatives envers les patients ayant des troubles mentaux et à l'égard de l'outil disponible dans l'unité de soins. Les professionnels de la santé de notre étude ont révélé un manque d'intérêt envers l'outil mis à leur disposition dans leur unité ainsi que son inutilité et son inadéquation dans la prédiction du risque. Le personnel a lancé un appel afin d'avoir accès à un outil plus simple, plus clair et plus accessible. Comme le mentionnent Cabana *et al.* (1999), afin d'améliorer les chances de modifier la pratique et de favoriser la pérennité du changement, il est crucial d'agir sur chacun des thèmes soulevés par les personnes concernées. En effet, des revues systématiques antérieures ont démontré qu'en adoptant de meilleures interventions afin de surmonter les obstacles nuisant à la mise en place d'une nouvelle pratique, il est possible d'obtenir un taux de réussite variant de 27 à 82 % relativement à l'implantation et au maintien de cette pratique (Grimshaw *et al.*, 2012). Dans cette optique, les prochains paragraphes discutent des étapes à suivre pour surmonter certains des obstacles soulignés par nos participants, à savoir un accord de leadership sur l'utilisation du BVC pour l'évaluation du risque de violence, une formation pour les professionnels de la santé et, enfin, une meilleure accessibilité à l'outil.

Un accord de leadership sur l'utilisation du BVC. Le leadership est considéré par plusieurs chercheurs comme la partie vitale du déclenchement du processus d'implantation d'une nouvelle pratique basée sur des preuves (Sandstrom, Borglin, Nilsson *et al.*, 2011; Titler, 2008). Le modèle de durabilité du National Health Service (NHS) insiste sur le fait que la présence de leaders expérimentés et intermédiaires est considérée comme un facteur clé qui influence le succès quant à l'implantation et au maintien de nouvelles connaissances dans la pratique (Maher *et al.*, 2010). Selon Grimshaw *et al.* (2012), un leader est une personne qui possède la compétence technique, l'accessibilité sociale et des idées innovatrices et conformes aux normes du système. Dès lors, avec l'implication d'une telle équipe de leaders de niveau supérieur et intermédiaire responsables de l'unité de soins en santé mentale, il a été possible de partager tous les résultats de nos deux études de recherche ainsi que notre recension des écrits sur les différents outils d'évaluation du risque de violence. Un accord portant sur l'instrument d'évaluation du risque de violence (tel que le BVC) et sur le « quand » de son utilisation a été l'un des points discutés durant les rencontres de cette équipe. Par exemple, dans certaines études d'implantation du BVC, et après des rencontres et des réunions successives, les leaders (une équipe multidisciplinaire : médecins, infirmiers, gestionnaires, etc.) ont décidé d'intégrer entièrement cet outil dans les activités quotidiennes du personnel soignant de l'unité (Van de Sande *et al.*, 2011). Enfin, après un consensus, les leaders ont également clarifié la communication pour tout le personnel sur les attentes liées à l'utilisation du BVC.

Formation pour les professionnels de la santé. Les professionnels de la santé de l'étude descriptive ont confié le besoin d'avoir accès à une formation portant sur l'outil d'évaluation du risque, ainsi que celui d'avoir davantage de connaissances sur l'évaluation du risque de violence elle-même. La formation est une intervention de base offrant des informations sur la nouvelle pratique. Pour leur part, Davis & Davis (2010) mentionnent que l'éducation est l'un des moyens les plus efficaces pour former le personnel soignant et assurer un meilleur changement de la pratique clinique, ainsi que pour augmenter la qualité des soins prodigués. Dans les évaluations du risque, Woods (2012) soutient déjà, selon les résultats de sa recherche qualitative, l'importance de la formation auprès du personnel soignant. La formation sur l'outil d'évaluation permet une compréhension accrue et une meilleure interprétation du risque couru (Woods & Kettles, 2009). Plusieurs études d'implantation de nouvelles connaissances dans la pratique mentionnent l'importance de la formation (Grimshaw *et al.*, 2012). Selon une série de revues systématique, les interventions éducatives viennent au premier rang, avec une fréquence de 11 à 12 % de capacité à apporter des changements sur les attitudes et les compétences dans l'application d'une nouvelle pratique (Grimshaw, *et al.*, 2012). Parmi les activités mentionnées, les auteurs recommandent fortement l'utilisation de scénarios et de vignettes, et ils insistent sur l'importance de l'interactivité (à travers des sous-groupes [*buzz group*]). L'interactivité est considérée comme une stratégie efficace pour attirer l'attention des participants (Davis & Davis, 2010). Une formation gratuite en ligne est disponible pour toute personne soignante désirant utiliser l'outil BVC (Almvik, 2015). Cette formation dure environ 20 à 25 minutes. Une version anglaise est déjà offerte, en plus de plusieurs autres versions, y compris en chinois et en japonais (Almvik, 2015 ;

Yao *et al.*, 2014). Après l'approbation des auteurs, une traduction en français peut être effectuée. Dans la majorité des études d'implantation du BVC, y compris dans les deux études de notre revue systématique, une formation par une infirmière clinicienne spécialisée avec un panel d'experts en évaluation du risque a été effectuée. Pour s'assurer de l'efficacité des formations et valider les connaissances du personnel, certaines méthodes d'évaluation des apprentissages peuvent être employées (Gérard, 2003 ; NHS, 2007). Par exemple, un questionnaire distribué à la fin des formations ou des entrevues avec le personnel soignant permettent d'évaluer leurs connaissances.

Meilleure accessibilité à l'outil. Selon les résultats de notre étude transversale, les professionnels de la santé de notre étude ont demandé un accès facile et disponible à l'outil d'évaluation du risque de violence. Ces résultats concordent avec ceux de certaines recherches antérieures qui ont montré que les professionnels de la santé veulent toujours un accès facile aux outils du savoir (Brouwers, Stacey, & O'Connor 2010 ; Stacey et al, 2016). Par exemple, les infirmières demandent des versions de poche, des applications électroniques pour les téléphones intelligents ou des outils papier aux points d'utilisation. Compte tenu de la simplicité du BVC, il est possible de fournir aux infirmières une version de poche pour leur en faciliter l'accès lors de l'évaluation au chevet du patient. En outre, depuis peu, une application du BVC est offerte sur l'App Store (après avoir rempli l'évaluation en ligne, un écran présentant le niveau de risque ainsi que les interventions à effectuer s'affiche automatiquement) (Almvik, 2015). Étant donné l'importance de la technologie actuellement, le personnel soignant peut utiliser cette application au moyen d'un iPad ou d'un téléphone intelligent au bord du lit de chaque patient. D'ailleurs, Spagnolo & Lal (2017) mentionnent que « l'une des façons

d'améliorer l'accès aux services de santé mentale est d'utiliser la technologie de façon innovante » (p1).

6.2.4 Surveiller l'utilisation de l'évaluation du risque de violence. Après l'implantation, la prochaine phase consiste en la surveillance de l'utilisation des nouvelles connaissances, qui est, dans notre cas, la surveillance de l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence. Cette étape est considérée comme nécessaire, car elle permet de déterminer comment et dans quelle mesure les nouvelles connaissances ont été utilisées par ceux qui sont concernés (Graham *et al.*, 2006). Plusieurs méthodes permettant d'évaluer l'utilisation de nouvelles connaissances sont disponibles (Strauss *et al.*, 2013). Parmi ces méthodes, Dunn (1983) a suggéré l'observation naturaliste, ainsi que l'analyse du contenu des documents, des questions et des entrevues. De ce fait, il pourrait être envisagé de surveiller l'utilisation de l'évaluation du risque de violence à travers la vérification et l'inspection mensuelle des dossiers d'admission ou de soins. De plus, il pourrait également être pertinent de demander les rétroactions (*feedbacks*) du personnel soignant au cours de l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence au moyen de questionnaires ou d'entrevues de courte durée. D'ailleurs, plusieurs études ont révélé que les audits et les rétroactions étaient les meilleures stratégies pour modifier les anciens comportements des professionnels de la santé et les remplacer par des nouveaux (Grimshaw, *et al.*, 2012). Dans l'étude d'implantation du BVC de Yao *et al.* (2014), au cours de la période de collecte des données, l'investigateur principal (le premier auteur) a mené des entrevues auprès du personnel soignant. Des questions comme « Que pensez-vous de l'outil ? », « Avez-vous rencontré des problèmes dans l'utilisation de l'outil? » et « Avez-vous des

suggestions pour l'utilisation de l'outil? » ont été posées par l'intervieweur, et les questions, les problèmes ainsi que les suggestions des participants en matière d'évaluation ont été enregistrés pour des analyses futures (Yao *et al.*, 2014). Ce type de rétroactions permettrait de documenter davantage d'autres obstacles qui pourraient se manifester en cours d'utilisation de l'outil, aussi bien pour intervenir plus efficacement que dans une perspective de fournir les meilleurs soins possible aux patients ayant des troubles mentaux. La surveillance des obstacles pendant la mise en oeuvre est également compatible avec le cadre de passage des connaissances à la pratique (Graham *et al.*, 2006).

6.3. Implications pour la pratique infirmière, pour le domaine de l'éducation, pour la réglementation et l'élaboration des politiques et enfin pour la recherche en soins infirmiers

Nous estimons que les résultats issus de cette présente thèse de recherche doctorale ont des retombées importantes pour la pratique infirmière, l'éducation, la réglementation et l'élaboration des politiques et enfin la recherche en soins infirmiers.

6.3.1 Pratique infirmière. Étant donné que la violence en milieu de soins est fortement associée à d'importantes répercussions sur le système de soins en général, le personnel soignant et la relation de soins en particulier, il est crucial de concevoir des programmes préventifs pour faire face à ce problème (Forté, 2014). Ainsi, les résultats de notre revue systématique (chapitre 4) ont mis en lumière une des meilleures interventions préventives pour contrer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux : l'évaluation du risque de violence. Cette intervention permet au personnel infirmier d'être davantage sensibilisé à tout comportement agressif ou violent, et à le prévoir avant sa

manifestation grâce à des outils de mesure pratiques et efficaces. Par le fait même, cela pourrait diminuer la pression et la détresse psychologique vécues par le personnel infirmier, ce qui permettrait d'offrir une prestation de soins de qualité supérieure et de mieux répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux. La décision des professionnels de la santé de mettre en pratique de façon quotidienne l'évaluation du risque de violence est garante d'une meilleure qualité des soins prodigués aux utilisateurs de ces services (Jefferies-Sewell, 2015).

À cela pourrait également s'ajouter le fait que l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque contribue à réduire la peur et l'appréhension ressenties par le personnel infirmier envers les personnes ayant des troubles mentaux. Cela pourrait également atténuer les préjugés et diminuer le niveau de stigmatisation de cette clientèle. De plus, les résultats de notre revue ont mis en lumière un bon outil d'évaluation du risque, soit le BVC. Ce dernier se caractérise par la simplicité et la clarté de ses critères d'évaluation, ainsi que par sa courte durée de remplissage (environ 5 à 10 minutes). De plus, cet outil suggère les meilleures interventions adéquates après avoir évalué le niveau de risque. Ces interventions sont classées comme suit, selon le niveau du risque : 0 (pas d'interventions); 1 (interventions verbales); 2 (activités diverses); 3 (stimulation); 4 (modulation sensorielle); 5 (médicaments); 6 (supervision continue); 7 (isolement); 8 (contention) (Almvik, 2015).

La réalisation de l'évaluation du risque de violence s'inscrit dans le rôle de l'infirmière autorisée et dans celui de l'infirmière de pratique avancée, à qui on demande d'améliorer et d'approfondir de façon continue leurs compétences et leur savoir-faire afin de mieux répondre aux besoins de leurs patients, comme le recommande l'Association

canadienne des infirmières (2008). De même, cette intervention pourrait s'effectuer dans tous les milieux de soins, et pas uniquement en milieu de santé mentale. Implanter et utiliser l'évaluation du risque de violence dans la pratique professionnelle est une priorité dans le système de santé canadien, étant donné que dans son rapport d'étapes sur la prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé, le ministère de la Santé de l'Ontario (2017) recommande (recommandations 9 et 10) fortement l'utilisation de l'évaluation de risque.

6.3.2 Domaine de l'éducation. Les résultats de cette présente étude doctorale pourraient être davantage considérés dans la formation des étudiantes et des étudiants du premier cycle en soins infirmiers, et plus particulièrement lors de leurs stages de perfectionnement dans les milieux hospitaliers (unités de soins en santé mentale). Les infirmières doivent être bien formées relativement aux interventions susceptibles de gérer la violence chez les personnes ayant des troubles mentaux, et plus particulièrement sur l'intervention qu'est l'évaluation du risque de violence.

Nous estimons que nos résultats contribuent fortement aux besoins de compétences en matière de santé mentale exigées par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI, 2015). En fait, en collaboration avec la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale (FCIISM), l'ACESI, dans un rapport publié en 2015, a mis en place un cadre afin de préciser les compétences nécessaires exigées pour l'accès à la pratique en santé mentale et en toxicomanie. Ce cadre vise à favoriser l'intégration d'un contenu obligatoire en santé mentale et en toxicomanie dans la formation en sciences infirmières de premier cycle au Canada (ACESI, 2015). Au total, 5 domaines et 36 compétences ont été soulignés. Par exemple,

dans le point 1.6 de ce cadre (domaine 1 : Responsabilité professionnelle et obligation de rendre compte; compétence 1), l'ACESI exige que l'infirmière « protège les clients, sa personne et autrui contre toute atteinte dans les cas où une personne ayant des problèmes de santé mentale ou de dépendance présente un risque pour la sécurité d'autrui, tout en veillant à la dignité et aux droits de la personne du client » (p. 11). De ce fait, les résultats de notre étude fournissent des connaissances de base sur les meilleures interventions préventives permettant de contrer la violence dans les milieux de soins en santé mentale. Parmi ces dernières, l'évaluation du risque de violence a déjà fait ses preuves comme moyen efficace de diminuer la fréquence des comportements agressifs (Abderhalden *et al.*, 2008 ; Van de Sande *et al.*, 2011). D'ailleurs, certains auteurs mentionnent que l'évaluation du risque de violence est une tâche faisant partie de la responsabilité du personnel soignant, étant donné la capacité de cette intervention de fournir un environnement sécuritaire aux patients et à ceux qui en ont besoin (Buchanan, *et al.*, 2012 ; Gravier, 2012).

Dans la même lignée, dans les points 2.9 et 2.12 (Domaine 2 : Pratiques fondées sur les connaissances ; compétence 2), l'ACESI a déclaré que l'infirmière doit être en mesure de démontrer sa capacité à révéler les indices d'agression, le comportement autodestructeur, les tendances suicidaires, les risques pour autrui, etc., et de planifier les soins nécessaires tout en reconnaissant les effets néfastes de la violence. Cela rejoint également les résultats de notre revue systématique dans laquelle il est indiqué que le BVC est l'outil commun utilisé pour l'évaluation du risque de violence. En effet, cet outil offre les meilleures données quant à la détection du risque de violence (Almvik, 2015; Yao *et al.*, 2014).

6.3.3 La réglementation et l'élaboration des politiques. Les résultats de notre étude descriptive (chapitre 5) pourraient être utilisés pour informer les décideurs concernés par l'élaboration des règlements et politiques en milieu de soins en santé mentale de l'ensemble des obstacles qui entravent l'utilisation de l'évaluation du risque de violence en milieu clinique. De plus, les résultats de notre étude suggèrent aussi des solutions possibles facilitant l'application de cette évaluation. Les barrières et les facilitateurs décelés dans notre étude sont d'une grande importance dans la mesure où ils sont issus du point de vue des professionnels de la santé, y compris les infirmières et les infirmiers concernés par le problème de la violence. Par exemple, les obstacles organisationnels (manque de temps, surcharge de travail) mentionnés par nos participants incitent les organisations concernées à mettre en place des stratégies de gestion pour ces derniers, notamment la réduction de la charge de travail ou l'augmentation du nombre de membres du personnel y exerçant. D'ailleurs, plusieurs études ont souligné le fait que la gestion des facteurs organisationnels augmente la satisfaction du personnel infirmier (Baumann et al, 2001 ; Bovin, Netetu & Poirier, 2009 ; Mc Gillis, Hall et al., 2003). À défaut de lever ces barrières organisationnelles, des répercussions négatives telles que l'épuisement professionnel (*burnout*) ainsi qu'une diminution de la productivité et de la performance pourraient se manifester chez le personnel (Perlemuter *et al.*, 1995) et, par conséquent, cela pourrait influencer sur la qualité des soins prodigués aux patients (HAS, 2016).

À cela s'ajoutent les répercussions financières négatives pour les organisations, étant donné les coûts élevés associés à la violence en milieux de soins (Almvik, 2015, 2008). La mise en place d'une loi ou d'un règlement requérant l'application obligatoire

de l'évaluation du risque de violence pour chaque patient au moment de son admission s'avère une des solutions possibles pour faire face ce phénomène. La fréquence de cette intervention et la méthode d'application peuvent être adaptées à la population en question.

6.3.4 Recherche en soins infirmiers. Cette présente recherche doctorale soulève d'autres questions de recherche ainsi que des réflexions qui pourraient être davantage explorées. Ces réflexions se concentrent sur les perceptions des patients agressifs ayant des troubles mentaux à l'égard de l'évaluation du risque de violence, étant donné qu'ils représentent le deuxième acteur de soins. Par exemple, une étude qualitative de type phénoménologie interprétative constitue une voie de passage intéressante pour une meilleure inclusion de ces personnes. Cette étude permettrait de mieux cibler le vécu des personnes ayant des problèmes de santé mentale et manifestant des comportements agressifs à l'égard de l'évaluation du risque de violence. Ces connaissances favoriseraient une plus grande compréhension du phénomène de la violence et de sa complexité. De plus, la comparaison des différentes perceptions des deux acteurs, soit le professionnel de la santé et le patient, peut servir à dégager les convergences aussi bien que les divergences afin de mieux comprendre le phénomène et, par conséquent, à mieux répondre aux besoins particuliers de cette population.

D'autre part, il pourrait être envisagé de refaire une telle recherche avec un plus grand nombre de participants, dans plus d'un milieu de recherche et dans d'autres contextes, par exemple le contexte tunisien. Malgré l'insuffisance des chiffres concernant la fréquence de la violence en milieux de santé mentale tunisiens, on pense que la Tunisie subit cette même problématique mondiale. Pour cela, et dans un premier temps, il serait

pertinent de déterminer les facteurs influençant l'utilisation de l'évaluation du risque de violence par le personnel travaillant dans les services d'urgences et de santé mentale à Sousse, en Tunisie. Ces deux services, particulièrement, sont en fait interconnectés et les plus touchés par le phénomène de la violence que d'autres services de soins (Gbézo, 2011). Des entrevues semi-dirigées et des groupes de discussion (*focus group*) pourraient s'avérer utiles à cette étape. En se basant sur les résultats de ce qui précède, et en collaboration avec les décideurs, l'évaluation du risque de violence, et plus précisément le BVC, pourrait être adaptée localement. Également, les meilleures interventions visant à surmonter les obstacles ciblés devront être sélectionnées. Cette étape est critique, étant donné qu'elle permet de vérifier l'appropriation de la nouvelle connaissance dans les circonstances présentes (Graham *et al.*, 2006 ; Harrison, Legaré, Graham *et al.*, 2010). En conclusion, d'autres recherches éventuelles de devis mixte analysant la facilité d'utilisation du BVC, l'évaluation des résultats obtenus après l'implantation ainsi que le maintien de cette utilisation seront d'une grande importance pour s'assurer de l'adoption de cette nouvelle connaissance.

6.4. Conclusion

Basée sur le modèle de passage des connaissances à la pratique, cette recherche avait pour but général d'explorer les principales interventions que les infirmières ou infirmiers peuvent utiliser pour diminuer les comportements agressifs chez les personnes ayant des troubles mentaux. Dans un premier temps, à la suite de la revue systématique de la littérature, il a été possible de conclure que l'évaluation du risque de violence est définie comme étant la meilleure intervention permettant une diminution significative de la violence. Cette intervention consistait en une évaluation quotidienne du risque, et ce, au moins deux fois par jour, au moyen d'un outil d'évaluation, le Brøset Violence Checklist (BVC). Dans un deuxième temps, une étude descriptive transversale a été réalisée. Les résultats de cette étude ont mis en lumière la non-utilisation quotidienne de l'outil d'évaluation du risque de violence, en plus de soulever la présence d'obstacles cognitifs, organisationnels et comportementaux. Les participants à cette étude ont mentionné leur besoin d'avoir une formation de base portant sur l'évaluation du risque de violence (outil) ainsi qu'une mise au point visant à lever certains obstacles organisationnels.

Pour être cohérent avec les preuves d'efficacité ressorties de la revue systématique de la littérature, il semble indispensable d'implanter l'évaluation du risque de violence dans la pratique quotidienne afin de pouvoir faire face au phénomène de la violence et d'éviter ou de diminuer le plus possible les séquelles qu'engendre cette problématique. Néanmoins, afin que cette implantation soit pérenne et complète, les obstacles structurels et attitudinaux soulevés par nos participants doivent être surmontés. À ce sujet, il s'agit d'abord d'obtenir le soutien et l'appui des leaders et des décideurs

politiques. De plus, une formation complète sur le « comment » de l'utilisation de l'évaluation du risque de violence (outil BVC) est une condition *sine qua non* au processus d'implantation. À cela s'ajoute une meilleure accessibilité à cet outil. Dans la même lignée, l'implantation peut être aussi supportée par une surveillance de l'utilisation de l'évaluation du risque de violence ainsi qu'une évaluation des résultats de l'implantation, qui sont aussi des étapes nécessaires pour assurer la pérennité de ce changement. Ce processus pourrait faire l'objet d'une analyse plus poussée, à savoir une piste pour de futures recherches empiriques, par exemple l'exploration de la satisfaction du personnel soignant, d'une part, et celle des patients ayant des troubles mentaux sur cette intervention, d'autre part.

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre sur la bonne voie le personnel soignant ainsi que les décideurs concernés par le phénomène de la violence en milieu de soins en santé mentale. Nous prétendons aussi que les résultats de cette recherche pourraient être utiles pour d'autres milieux de soins confrontés au phénomène de la violence. Cependant, ce qui demeure le plus important, c'est la persévérance relativement à l'utilisation quotidienne de l'évaluation du risque de violence dans les milieux de soins en santé mentale.

Références

- Abderhalden, C., Needham I., Dassen T., Halfens R., Hans-Joachim H. & Fisher J. (2008) Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 193, 44–50.
- Abderhalden, C., Dassen, T., Fischer, J.E., Halfens, R.J.G., Haug, H.J., Meer, R. & Needham, I. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.
- Abderhalden, C., Duxbury, J.A.D., Hahn, S., Halfens, R.J.G., & Needham, I. (2006). The effect of a training course on the mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 197-204.
- Abdullah, G., & Stacey, D. (2014). Le rôle des infirmières en oncologie dans l'application des connaissances intégrée. *CONJ • RCSIO*, (2), 55-56.
- Agence de la santé publique du Canada, (2001). ARCHIVÉ : Chapitre 1 : *Rapport sur les maladies mentales au Canada* – Aperçu. Récupéré de : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/rapport-maladies-mentales-canada/maladies-mentales.html?=&wbdisable=true#wb-cont>
- Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist* (thèse de doctorat, Faculty of Medicine, Trondheim). Récupéré de : <http://riskassessment.no/files/PhD-Thesis-Almvik-2007.pdf>
- Almvik, R. (2015). Risk assessment made easy The Brøset Violence Checklist (BVC). Récupéré de : <http://restraintreductionnetwork.org/wp-content/uploads/2015/06/10-Roger-Almvik-2015.pdf>
- Almvik, R., & Woods, P. (1998). The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5(6), 208-211.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of interpersonal violence*, 15(12), 1284-1296.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2007) Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Brøset Violence Checklist. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 862-867. <http://dx.doi.org.proxy.lib.sfu.ca/10.1002/gps.1753>
- Anderson, C.A., & Bushman, B.J. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Anderson, T.R., Bell, C.C., Powell, T.E., Williamson, J.L., & Blount, M.A. (2004). Assessing psychiatric patients for violence. *Community Mental Health Journal*, 40(4), 379-399.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Anthony, W.A., & Liberman, P. (1996). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia bulletin*, 12(4), 542-559.

- Association Américaine de Psychiatrie (2015). *DSM-5, Version en français*. APA, traduction française coordonné par M-A Crocq et J-D Guelfi. Elsevier-Masson.
- Association Canadienne des infirmières. (2008). La pratique infirmière avancée: Un cadre national. Récupéré de: <http://www.aiinb.nb.ca/PDF/practice/ANP%20National%20Framework%20FR.pdf>
- Association Canadienne des écoles des infirmières. (2015). Compétences en santé mental et en toxicomanie pour accéder à la pratique dans le cadre de la formation de premier cycle en sciences infirmières au Canada. Récupéré de : http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2015/11/Mental-health-Competencies_FR_FINAL-Jan-18-2017.pdf
- Association canadienne pour la santé mentale (2017). La santé mentale pour tous. Récupéré de : <http://cmha.ca/fr/sante-mentale/comprendre-la-maladie-mentale/les-troubles-de-lhumeur/>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (2011). Éthique et pratique en santé mentale. *Le partenaire*, 20(1), 3-27.
- Association Socialiste de de la personne handicapée [ASPH] (2014). Santé mentale, maladie mentale, trouble mental : Mais de quoi parle-t-on ? Récupéré de <http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-11-Sante-mentale-maladie-mentale-trouble-mental-de-quoi-parle-t-on.pdf>
- Atawneh, F., Zahid, M., Al-Sahlawi, K., Shahid, A., & Al-Farrah, M. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British Journal of Nursing*, 12, 102-107.
- Audrey, C. (2014). *La violence et sa répercussion sur la relation soignant-soigné*. (Mémoire de fin d'études, Centre Hospitalier du Mans, France). Récupéré de: <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-coupeau.pdf>
- Baba, N. (2015). *Représentations sociales de la dangerosité psychiatrique chez les intervenants en santé mentale : une anthropologie du risque* (Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université de Montréal, Montréal, Canada). Récupéré de : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12468>
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Liège : Mardaga.
- Baron, R. A., & Richardson, R. D. (1994). *Human Aggression*. New York, Plenum Press
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong- Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Vézina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Belfrage, H. (1998). Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 328–338.
- Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20 a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 167–175.
- Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2004). Management of violent behaviour in the correctional system using qualified risk assessments : Violence reducing effects

- possible without significant decrease of important risk factors for violence. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 11-22.
- Benghozi, P. (2010). La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(55), 41-54.
- Bengtson, S., & Pedersen, L. (2008). Implementation of evidence-based practices in forensic psychiatric clinical practice in Denmark: Are we there Scandinavian ?. *Journal of Forensic Sciences*, 2, 47-52.
- Björkdahl, A., Olsson, D., & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 224-229.
- Bjorkly, S., Hartvig, P., Heggen, FA., Brauer, H., & Moger, TA. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry*, 24, 388-394.
- Boivin, J., Ntetu, A-L., & Poirier, D. (2009). Facteurs explicatifs de la non-rétention du personnel infirmier : études de la situation au Service régional Info-Santé et Info-Social du Saguenay-Lac-Saint-Jean. *L'infirmière clinicienne*, 6 (1), 39-47.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment. *American Psychologist*, 51(9), 945 - 956
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), consultation edition, version 1*. Tampa: University of South Florida.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2003). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bosquet, P-J., Bosquet, J., Daures, J-P., & Demdy, P. (2004). Les principales études épidémiologiques d'observation. *Rev Fr Allergol immuol clin*, 44, 509-15.
- Brouwers, M., Stacey, D., & O'Connor, A. (2010). Knowledge creation: Synthesis, tools and products. *Canadian Medical Association Journal*, 182, 68-72.
- Buchanan, A., Binder, R., Norko, M., & Swartz, M. (2012). Psychiatric Violence Risk Assessment. *Am J Psychiatry*, 169, 340-340.
DOI:10.1176/appi.ajp.2012.169.3.340
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A-W., Wilson, M.-H., Abboud, P-A.C., & Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *Journal of American Medical Association*, 282(15), 1458-1465.
- Carlow, N., Lewis, A., Showen, S., & Hall, N. (2015). Literature synthesis: Patient aggression risk assessment tools in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1 (6), 19-24. DOI:10.1016/j.jen.2015.01.023
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Ekebergh, M., & Dahlberg, H. (2006). Patients longing for authentic personal care: a phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in mental health nursing*, 27, 287-305.
- Catchpole, R. E. H. & Gretton, H. M. (2003). The predictive validity of risk assessment with violent young offenders: A 1-year examination of criminal outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30(6), 688-708. doi: 10.1177/0093854803256455
- Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry in Oslo. (2008). Récupéré de : http://www.forensic-psychiatry.no/violence_risk/index.html
- Chappell, D., & Di Martino, V. (2000). *Violence at work (2nd edition)*. Geneva, ILO.

- Chu, C. M., Thomas, S. D., Daffern, M., & Ogloff, J. (2013). Should clinicians use average or peak scores on a dynamic risk-assessment measure to most accurately predict inpatient aggression? *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*, 493–499.
- Chu, C.M., Thomas, S.D., Daffern, M., & Ogloff, J.R.P. (2013). The short- to medium-term predictive accuracy of static and dynamic risk assessment measures in a secure forensic hospital. *Assessment*, *20* (2), 230–241.
- Citrome, L., & Volavka, J. (2000). Management of violence in schizophrenia. *Psychiat Annals*, *30*, 41-52.
- Claix, A., & Pham, T.H. (2004). Evaluation of the HCR-20 violence risk assessment scheme in a Belgian forensic population. *L'Encéphale*, 447–453.
- Clarke, D.E., Brown, A.M., Griffith, P. (2010). The Bröset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *17*, 614-620.
- Cochrane Handbook. (2006). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. By Julian PT Higgins and Sally Green (Editors). Récupéré de : <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/Handbook4.2.6Sep2006.pdf>
- Cochrane Handbook. (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews, version 5.1.0. Julian PT Higgins and Sally Green (Editors). Récupéré de: www.cochrane-handbook.org
- Coid, J.W., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Roberts, C., & Rogers, R. D. (2009). Gender differences in structured risk assessment: Comparing the accuracy of five instruments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(2): 337-348.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Récupéré de : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Commission de la santé et de la sécurité. (2012). Statistiques sur les lésions attribuables à la violence en milieu de travail : 2007-2010, (p46). Récupéré de :
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST]. (2017). Récupéré de : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1029394/violence-hopitaux-quebec-augmentation-medecins-infirmieres-preposes>
- Conseil international des infirmières. (2007). Comment affronter la violence au travail ? Récupéré de: www.icn.ch/images/stories/documents/publications/.../guideline_violence_fr.pdf
- Cordner, G. (2006). Office of Community Oriented Policing Series, U.S. Department of Justice. People with mental illness. Problems-Specific Guides Series.
- Crocker, A., Côté, G., & Moscato, M. (2008). L'évaluation et la gestion du risque de comportements violents : De la clinique spécialisée à la pratique clinique générale. Numéro spécial : À propos de la schizophrénie. *Revue Québécoise de Psychologie*, *29*(1), 137-155.
- Davis, D., & Davis, N. (2010). Selecting educational interventions for knowledge translation. *CMAJ*, *182*(2), 89–93.

- De Vogel, V. de. & Ruiter, C. de. (2006). Structured Professional Judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321–336.
- Desroches, S. (2009). Transfert et échange des connaissances en nutrition : défis et possibilités pour l'avancement de la profession. *Science en évolution*, 7 (1), 16-19.
- Dillman, D., Smyth, J., & Christian, L. (2009). *Internet, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method (3rd ed.)*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Dolan, M. C., & Rennie, C. E. (2008). The Structured Assessment of Violence Risk in Youth as a predictor of recidivism in a United Kingdom cohort of adolescent offenders with conduct disorder. *Psychological Assessment*, 20, 35-46.
- Dorvil, H. 1997. Reform and Reshaping Mental Health Service in the Montréal Area. *International Journal of Social Psychiatry*, 43(3), 164-174
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-V3: Historical Clinical Risk Management (Version 3)*. Professional guidelines for evaluating risk for violence. Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Douglas, K.S., & Webster, C.D. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 3–19.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). *Psychosis* as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Doyle, M., Dolan, M., & McGovern, J. (2002). The validity of North American risk assessment tools in predicting in-patients violent behavior in England. *Legal and Criminological Psychology*, 7, 141–154.
- Dunn, W. N. (1983). Measuring knowledge use. *Knowledge: Creation, Diffusion. Utilization*, 5 (1), 120–133.
- Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). (2015). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. Récupéré de: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>.
- Eker, H. H., Özder, A., Tokaç, M., Topçu, I., & Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 4, 19-29.
- Elbogen, E.B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152-161.
- Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. (2014). Récupéré de : http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2-2014/EPTC_2_FINALE_Web.pdf
- Eriksen, B. M. S., Bjørkly, S., Færden, A., Friestad, C., Hartvig, P., & Roaldset, J. O. (2016). Gender differences in the predictive validity of a violence risk screening tool: A prospective study in an acute psychiatric ward. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(2), 176–187.
- Farrington, D.P., Joliffe, D., & Johnstone, L. (2008). Assessing Violence Risk: A Framework for Practice. Récupéré de : www.rmascotland.gov.uk.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009) Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301 (2), 20-23.

- Fazel, S., Singh, J.P., Doll, H., *et al.* (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 345, 46-92.
- Folsom, J., & Atkinson, J.L. (2007) The generalizability of the LSI-R and the CAT to the prediction of recidivism in female offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34(8), 1044–1056
- Forté, L. (2014). *L'expérience de la violence en milieu psychiatrique : l'hypervigilance généralisée et le rôle du caring dans la modulation de la peur* (Mémoire de maîtrise (M.Sc.) en criminologie, université de Montréal, Montréal, Canada). Récupéré de : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12462>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de la recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (3e éd.)*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Fresán, A., Apiquian, R., García-Anaya, M., de la Fuente-Sandoval, C., Nicolini, H., & Graff-Guerrero, A. (2007). The P50 auditory evoked potential in violent and non-violent patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 97(1), 128-136.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir. Essais de psychanalyse*. Payot, 1977.
- Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol*, 15(9), 1351-1371.
- Gates, D. M., Fitzwater, E., & Meyer, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes: expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25(4), 12-22.
- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economic*, 29(2), 59-67.
- Gbézo, B.E. (2011). *Les soignants face à la violence*. Éditions Lamare (2nd ed), Wolters Kluwer, France.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (2002). Is the PCL-R really the “unparalleled” measure of offender risk? A lesson in knowledge cumulation. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 397-426.
- Geraghty, K., & Woodhams, J. (2015), The predictive validity of risk assessment tools for female offenders: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 25-38.
- Gérard, F.-M. (2003). L'évaluation de l'efficacité d'une formation. *Gestion*, 20(3), 13-33.
- Glover, A.J., Nicholson, D.-E., Bernfeld, G.A., Quinsey, V.L. (2002). A comparison of predictors of general and violent recidivism among high-risk federal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 29(3), 235–249.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive models. *Implementation Science*, 3, 36.
- Gorton, J.G., & Partridge, R. (1982). *Practice and Management of Psychiatric Emergency Care*. The CV. Mosby Co., St-Louis.
- Graham, I., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., Robinson, N. (2006). Lost in Translation: Time for a Map?. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.

- Guay, S., Boyer, R., Marchand, A. & Jarvis, J. (2013). Résultats du sondage sur la violence en milieu de travail. *Objectif prévention*, 36 (1), 4-6.
- Gravier, B. (2012). L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. *L'information psychiatrique*, 8 (88), 599- 604.
- Gravier, B., & Lustenberger, Y. (2005). L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. *Annales Médico psychologiques*, 163, 668-680.
- Gray, NS., Benson, R., Craig, R., Davies, H., Fitzgerald, S., Huckle, P., & Snowden, R.J. (2011). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective study of inpatient behavior. *The International Journal of Forensic Mental Health*. 10(4), 305–313.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation science*, 7(1), 50.
- Guelfi, J-D., & Aude, C. (2016). Troubles bipolaires. Récupéré de : <http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-bipolaires>
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing. An integrative approach (4 ed.)*. St-Louis (Missouri): Saunders Elsevier.
- Hanson, R.K. (2009). The psychological assessment of risk for crime and violence. *Canadian Psychology*, 50,172–182.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (2nd edition)*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Harris, GT., Rice, ME., Cormier, CA. (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior*, (4), 377– 394.
- Harrison, M. B., Légaré, F., Graham, I. D., & Fervers, B. (2010). Adapting clinical practice guidelines to local contexts and assessing barriers to their use. *Canadian Medical Association Journal*, 182(2), 78-84.
- Harvard Mental Health Letter. (2011). Mental Illness and Violence. *Harvard Mental Health Letter*, 27(7), 1-3.
- Huatae Autorité de Santé. (2010). Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé. Récupéré de : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2016). Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins. Récupéré de https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2014). Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Récupéré de : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

- Hawley, C., Littlechild B., Sivakumaran, T., Sender, H., Gale, T., & Wilson, K., (2006). Structure and content of risk assessment preforms in mental health care. *J Ment Health*, (15), 437–48.
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. M., & Halfens, R. J. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today*, 35(1), 212-219.
- Hérin, F-S., Tran, F., Savall, F., Dédouit, N., Telmon, D., & Rougé. (2014). Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). *La Revue de Médecine Légale*, 5(1), 15-21.
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K. & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311-321.
- Higgins J. P. T., & Green. S. (2011) (Ed.). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Retrieved from <http://handbook.cochrane.org/>
- Hills, D.J., Ross, H.M., Pich, J., Hill, A.T., Dalsbø, T.K., Riahi, S., Guay, S., Martínez-Jarreta, B. (2015). *Education and Training for Preventing and Minimising Workplace Aggression Directed toward Healthcare Workers*; John Wiley & Sons, Ltd.: Hoboken, NJ, USA.
- Holmes, D., & Jacob, JD. (2012). Entre soin et punition : la difficile coexistence entre le soin infirmier et la culture carcérale. *Recherche en soins infirmiers*, 111, 57-66.
- Hounsome, G., Whittington, R., Brown, A., Greenhill, B., & McGuire, J. (2016). The Structured Assessment of Violence Risk in Adults With Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Applied Resarch in Intellectuel Disabilities*, DOI: 10.1111/jar.12295
- Hsieh H.-F, Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., & Bjorner, J. B. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 68(8), 536-542. doi:10.3109/08039488.2014.880942
- Instituts de recherche en santé du Canada (2016). Application des connaissances aux IRSC. Récupéré de : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Institut Canadien d'information sur la santé. (2011). Les soins de santé au Canada 2011 : Regard sur les personnes âgées et le vieillissement. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Institut de prevention de la crise. (2012). *Nonviolent crisis intervention*. Madison, Wisconsin: CPI Inc. p. 43.
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal, (2017). Schizophrénie. Récupéré de <http://www.iusmm.ca/sante-mentale/schizophrenie.html>
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (2014). Troubles anxieux : causes et symptômes. <http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-anxieux>
- Kleist, P. (2006). Randomisée. Contrôlée. En double aveugle. Pourquoi. Dans *Curriculum. Forum Med Suisse* (Vol. 6, pp. 46-51).

- Jefferies-Sewell, K. (2015). An Exploration of Barriers and Facilitators to Risk Assessment in Mental Health Professionals [Degree of Doctor philosophy]. USA: University of Hertfordshire; 2015. Disponible: <https://uhra.herts.ac.uk/handle/2299/17109>
- Johnson, M. (2004). Violence on inpatient psychiatric units: state of the science. *American Psychiatr Nurs Association*, 10, 113-121.
- Johnson, M. E. (2010). Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs*, 31(3), 181-197.
- Jones, AP., Remington, T., Williamson, PR., Ashby, D., & Smyth, RL. (2005). High prevalence but low impact of data extraction and reporting errors were found in cochrane systematic reviews. *J Clin Epidemiol*, 58, 741-2
- Jones, R. M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., Van den Bree, M., & Taylor, P. J. (2011). Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 198(2), 93-98. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083030.
- Kerlinger, Fred N. (1973) *Foundations of Behavioral Research (2nd edition)*. Holt, Rinehart and Winston.
- Khiroya, R., Weaver, T., & Maden, T. (2009). Use and perceived utility of structured violence risk assessments in English medium secure forensic units. *Psychiatric Bulletin*, 33, 129–132. doi: 10.1192/pb.bp.108.019810
- Kindy, D., Petersen, S., & Parkhurst, D. (2005). Perilous work: Nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 169-175.
- Kohlrieser, G. (2009). *Négociations sensibles : Les techniques de négociations de prises d'otages appliquées au management*. Paris : Pearson Village Mondial.
- Kroner, C., Stadtland, C., & Eidt, M. (2007). The validity of the Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) in predicting criminal recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(2), 89–100.
- Laflamme, F. (2010). La contribution des infirmières, rôles de l'infirmier et de l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale au sein des équipes multidisciplinaires de première ligne. *Perspective infirmière*, 7(3), 29-32.
- 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, 492-501
- Larue, C., & Goulet, M-H., (2013). Comportements perturbateurs ou à risque d'agressivité : qualité des interventions infirmières. Récupéré de : https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/colloque2013/P6_CLarueMHGoulet.pdf
- Laurelli, M., Martin, G., Giguère, & M., Dumais, A. (2007) . Évaluation du risque de violence. Récupéré de : <http://docplayer.fr/37890851-L-evaluation-du-risque-de-violence.html>
- Legaré, F., Borduas, F., Freitas, A., et al. (2014). Development of a Simple 12-Item Theory-Based Instrument to Assess the Impact of Continuing Professional Development on Clinical Behavioral Intentions. *PLOS ONE*, 9 (3), 1-10.

- Legaré, F., Borduas, F., Freitas, A., et al. (2014). Development of a Simple 12-Item Theory-Based Instrument to Assess the Impact of Continuing Professional Development on Clinical Behavioral Intentions. *PLOS ONE*, 9 (3), 1-10.
- Legaré, F., et al. (2015). User Manual – The Continuing Professional Development (CPD) Reaction Questionnaire. Récupéré de:
[file:///C:/Users/Intissar/Desktop/legare%202015%20CPD%20Reaction%20User%20Manual%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Intissar/Desktop/legare%202015%20CPD%20Reaction%20User%20Manual%20(1).pdf)
- Liberati, A., Altman, D-G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P-C., A Ioannidis, J-P., Clarke, M., Devereaux, P-J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *BMJ*, 339, 1-73. Doi: 10.1136/bmj.b2700.
- Linaker, O.M. & Busch-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 250-254.
- Liu, B-H., Huang, X-T., & Lv, X-W. (2010). A study of psychopathy in offenders. *Psychological Science* 33, 223–225.
- Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs*, 6(1), 15-28. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01061.x.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., & de Ruiter, C. (2008). SAVRY risk assessment in violent Dutch adolescents: Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 696-709.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., de Ruiter, C., & Borum, R. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) during residential treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 263-271.
- Lowenkamp, C. T., & Bechtel, K. (2007). The predictive validity of the LSI-R on a sample of offenders drawn from the records of the Iowa Department of Corrections data management system. *Federal Probation*, 71, 25-29.
- Loza, W., Villeneuve, D. B. & Loza-Fanous, A. (2002). Predictive validity of the Violence Risk Appraisal Guide: a tool for assessing violent offender's recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry* 25, 85–92.
- Lv, Y., Han, CB., & Wang, XP. (2013) The reliability and validity of the Historical, Clinical, Risk Management-20 Chinese version. *Chinese Journal of Clinical Psychology* 21,984–987.
- Maher, L., Gustafson, D., & Evans, A. (2010). Sustainability Model and Guide. NHS Institute for Innovation and Improvement. Récupéré de
www.institute.nhs.uk/sustainability
- McGillis, Hall-L., Doran, D., Baker, GR., Pink, GH., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L. & Donner, GJ. (2003). Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical Care*, 41, (9), 1096- 1109.
- Medina, P., Valdés-Sosa, M., García, L.G., Almeyda, S.V., & Couso, O. (2013). Reliability and validity of the Psychopathy Checklist—Revised (PCL-R) in a Cuban prison sample. *Salud Mental*, 36, 439–444.

- Meyers, J. R., & Schmidt, F. (2008). Predictive validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) with juvenile offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 344-355.
- Michaud, Y. (1986). La violence. Paris : PUF (Que sais-je?). Récupéré de : <http://197.14.51.10:81/pmb/Que%20sais%20je/psychologies/La%20violence%20-%20Michaud%20Yves.pdf>
- Millaud, F., & Dubreucq, J-L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'information Psychiatrique*, 88 (6), 431-437. DOI : 10.3917/inpsy.8806.0431
- Ministère de la santé de l'Ontario. (2017). Récupéré de : <https://www.ontario.ca/fr/page/prevention-de-la-violence-en-milieu-de-travail-dans-le-secteur-des-soins-de-sante>.
- Molto, J., Poy, R., & Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorder*, 14, 84-96.
- Monceau, M. (1999). *Soigner en psychiatrie : entre violence et vulnérabilité*. Paris: G. Morin.
- Mouvement Santé mentale du Québec (2014). Définition. Récupéré de : <http://www.mouvementsmq.ca/sante-mentale/definition>
- Murrie, D. C., Boccaccini, M. T., Caperton, J., & Rufino, K. (2012). Field validity of the Psychopathy Checklist-Revised in sex offender risk assessment. *Psychological Assessment*, 24, 524-529. <http://dx.doi.org/10.1037/a0026015>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Clinical practice guidelines for the violence: the short term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*. London: NICE
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., William, B., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, M-D., Hardy, P., et al. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18.
- NHS Institute for Innovation and Improvement. (2007). *Improvement Leader's Guide to Sustainability and Its Relationship with Spread and Adoption*.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Desmarais, S.L., Webster, C.D., Martin, M-L. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313-327.
- Nicholls, T. L., Ogloff, J. R. P., & Douglas, K. S. (2004). Assessing risk for violence among female and male civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV, and McNeil & Binder's VSC. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 127-158.
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., & Jansen, G. (2005). Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior*, 31(3), 217-227. doi:10.1002/ab.20038.
- Nonstad, K., Nasset, M.B., Kroppan, E., Pedersen, T.W., Nøttestad, J.A., Almvik, R., Palmstierna, T. (2010). Predictive validity and other psychometric properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Norwegian high secure hospital. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 9, 294-299.

- Nugent, P. M. (2001). *The use of detention legislation: Factors affecting detention decisions and recidivism among high-risk federal offenders in Ontario* (Doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Canada, 2001).
- Nunes, K.L., Firestone, P. Bradford, J.M. Greenberg, D.M. and Broom, I. (2002). A comparison of modified versions of the static-99 and the sex offender risk appraisal guide. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment* 14, 253-269.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H.. (1994). *Psychometric theory (3rd ed)*. New York: McGraw-Hill.
- O'Shea, L. E., & Dickens, G. L. (2014). Short-term assessment of risk and treatability (START): Systematic review and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 26(3), 990–1002. doi: 10.1037/a0036794
- O'Shea, L.E., & Dickens, G.L. (2016). Role of assessment components and recent adverse outcomes in risk estimation and prediction: Use of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in an adult secure inpatient mental health service. *Psychiatry Research*, 240, 398-405.
- Observatoire national des violences en milieu de santé [ONVS], (2014). Rapport 2014 sur les données 2013. Récupéré de : http://solidariteessante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2017a). Thèmes de santé : Violence. Récupéré de : à <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2017b). Rapport sur la santé dans le monde. Récupéré de : http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2017c). La dépression. Récupéré de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2016). La santé mentale : renforcer notre action. Récupéré de : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2010a). La santé mentale : renforcer notre action. Récupéré de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2010b). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2002a). Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 - Réduire les risques et promouvoir une vie saine (chapitre 2). Récupérée de : <http://www.who.int/whr/2002/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2002b). Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève. Récupéré de : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000 : Pour un système de santé plus performant. Récupéré de : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/83428/1/fa4.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). La spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie intégrant la formation relative à l'évaluation des troubles mentaux. Récupéré de :

- <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/publications/memoires/argumentaire-specialite-sante-mentale-et-psychiatrie.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (2009). La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider. Récupéré de : https://www.oiiq.org/sites/default/files/251_rapport_octobre2009_vf.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale. Récupéré de : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-de-linfirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale>
- Ostrosky-Solís, F., Rodríguez, H., Arias, N., & Vázquez, V. (2008). Estandarización de la PCL-R en población penitenciaria mexicana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquitría y Neurociencias*, 8, 49-58.
- Otero, M., Landreville P., Morin D. & G. Thomas (2005), *À la Recherche de la dangerosité « mentale ». Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi P-38.001 par l'UPS-J*, Montréal ,CRI.
- Page, C., & Banville, F. (2011). L'intervention auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale : une réflexion sur les défis à relever dans la pratique infirmière. *L'infirmière clinicienne*, 8(2), 18-24
- Page, C., & Ricard, N. (2006). *La compassion pour la personne atteinte de troubles mentaux : un défi pour les infirmières des services de santé généraux*. IIIe Congrès mondial des infirmières et infirmiers. Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. Québec.
- Perlemuter, L. et al. (1995). *Législation, éthique et déontologie, responsabilité et organisation du travail ; Nouveaux cahiers de l'infirmier*, Paris : Masson, 1995.
- Persson, M., Belfrage, H., Fredriksson, B., & Kristiansson, M. (2017): Violence During Imprisonment, Forensic Psychiatric Care, and Probation: Correlations and Predictive Validity of the Risk Assessment Instruments COVR, LSI-R, HCR-20V3, and SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(2), DOI: 10.1080/14999013.2016.1266420
- Petrik, M-L. (2014). *Barriers and Facilitators of Suicide Risk Assessment in an Emergency Department: Perspectives from Health Care Providers* (these de doctorat), Milwaukee, Wisconsin. Récupéré de http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1376&context=dissertations_mu
- Poullot, P. (2011). *Trouble mentaux graves, toxicomanie et violence : étude qualitative du point de vue des personnes contrevenantes* (Thèse de Philosophie Doctor (Ph.D.) en psychologie clinique, Université de Montréal, Montréal, Canada). Récupéré de: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5058>
- Pouls, C., Jeandarme, I. (2014). Psychopathy in offenders with intellectual disabilities: A comparison of the PCL-R and PCL:SV. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 207-216. doi:10.1080/14999013.2014.922138
- Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry*, 20(6), 447-455. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144576

- Privitera, M-R. (2011). *Workplace Violence: In Mental Health and General Healthcare Settings*. Jones and Barlett Publishers Canada, Mississauga.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd Edition)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rebecca, M., Laura, E., O'Shea, L-E, Picchioni, M-M., Dickens, G-L. (2017). Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for Multiple Adverse Outcomes: The Effect of Diagnosis. *Psychiatry Res*, 256, 435-443. DOI: [10.1016/j.psychres.2017.07.009](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.009)
- Rechenmacher, et al. (2014). The Diagnostic Efficiency of the Extended German Brøset Violence Checklist to Assess the Risk of Violence. *J Nurs Meas* 22 (2), 201-212.
- Ricard, N., Page, C., & Laflamme, F. (2014). La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 39, 137-157. DOI: [10.7202/1025911ar](https://doi.org/10.7202/1025911ar)
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2007) *the effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review*. In: Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences and Management (eds Richter, D. & Whittington, R.), pp. 211–227. Springer, New York.
- Ritcher, D. (2013). Agressions dans les établissements de soins de longue durée. Récupéré de : <https://www.curaviva.ch/files/58TOIIS/Agressions-dans-les-EMS.pdf>.
- Roaldset, J., Hartvig, P., & Bjørkly, S. (2011). V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *European Psychiatry*, 26, 85–91. DOI : [10.1016/j.eurpsy.2010.04.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.04.002)
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Editeur Gaëtan Morin.
- Sandstrom, B., Borglin, G., Nilsson, R., & Willman, A. (2011). Promoting the implementation of evidence-based practice: A literature review focusing on the role of nursing leadership. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(4), 212–223. doi: [10.1111 j.1741-6787.2011.00216.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00216.x)
- Santé et Services sociaux. (2009). Regards sur le système de santé et de services Sociaux du Québec, Canada. (Sous Edition de La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). Récupéré de version électronique : www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.
- Santé médecine. (2014). Agressivité : Définition. Récupéré de : <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/17116-agressivite-definition>
- Santé mentale Québec (2017). Définition de la santé mentale. Récupéré de : <http://www.acsm-ca.qc.ca/la-sante-mentale.html>
- Schuwey-Hayoz, A., & Needham, I. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en soins infirmiers*, 86, 108-114.

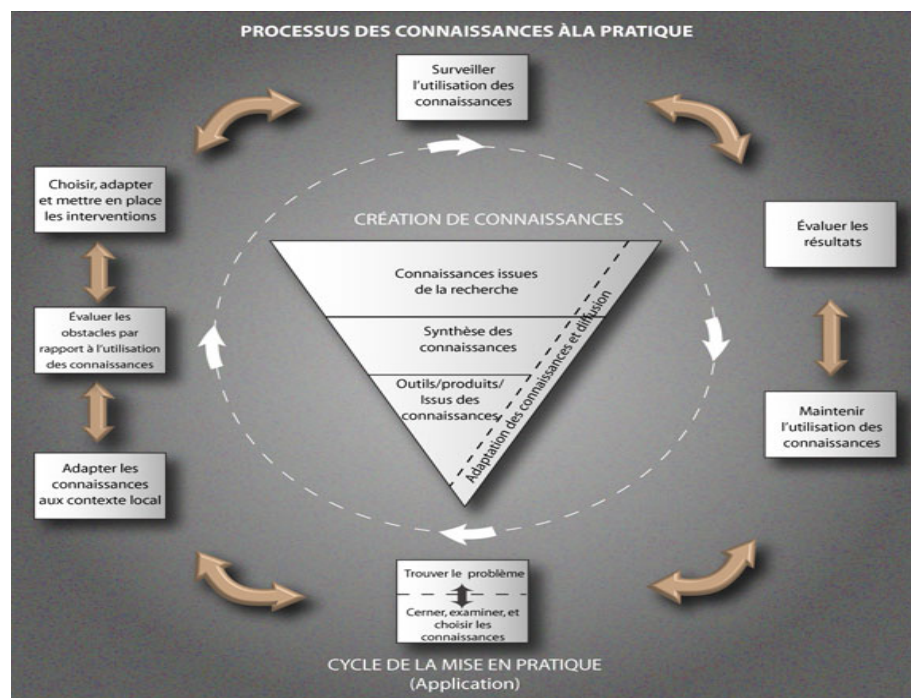
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*, *34* (9), 76-47.
- Shea, B., Boers, M., Grimshaw, J. M., Hamel, C., & Bouter, L. M. (2006). Does updating improve the methodological and reporting quality of systematic reviews? *BMC Medical Research Methodology*, *6*, 27. doi: 10.1186/1471-2288-6-27
- Simourd, D. J., & Malcolm, P. B. (1998). Reliability and validity of the Level of Service Inventory-Revised among federally incarcerated sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, *13*, 261-274.
- Singh, JP, Grann, M., Fazel, S.(2011). A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clin Psychol Rev.*, *31*(3), 499-513. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.009. Epub 2010 Dec 13.
- Singh, JP,, Serper, M., Reinharth, J., et al. (2011) Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophrenia Bulletin* *37*, 899–912.
- Sjöstedt, G., & Långström, N. (2002). Assessment of risk for criminal recidivism among rapists: A comparison of four different measures. *Psychology, Crime & the Law*, *8*, 25-40.
- Skeem, J-L., & Monahan, J. (2011). *Current directions in violence risk assessment*. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* *20*, 38–42.
- Société québécoise de la schizophrénie, (2017). Qu'est-ce que la schizophrénie <http://www.schizophrénie.qc.ca/quest-ce-que-la-schizophrénie-2.html>
- Spagnolo, J., & Lal, S. (2017). Séminaire de recherche, récupéré de : http://crchum.chumontreal.qc.ca/sites/crchum.chumontreal.qc.ca/files/images/invi-tation_seminaire_29_juin_2017.pdf
- Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, *40*, 218-228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2013.05.014>.
- Stacey, D., Green, E., Ballantyne, B., Tarasuk, J., Skrutkowski, M., Carley, M., et al. (2016) Implementation of Symptom Protocols for Nurses Providing Telephone-Based Cancer Symptom Management: a comparative case study. *Worldviews Evid Based Nurs*, *13*(6), 420-31.
- Stacey, D., Macartney, G., Carley M., Harrison, M.B., for the Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support Group (COSTaRS) (2013). Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1–11.
- Statistique Canada. (2015a). Résultats. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835/findings-resultats-fra.htm#tphp>
- Statistique Canada. (2015b). Coup d'œil sur la santé. Récupéré de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2015001/article/14214-fra.htm>

- Stockdale, K. C., Olver, M. E. & Wong, S. C. P. (2013). The Validity and Reliability of the Violence Risk Scale-Youth Version in a Diverse Sample of Violent Young Offenders. *Criminal Justice and Behavior*. DOI: 10.1177/0093854813496999.
- Stone, P.W. (2002). Popping the (PICO) question in research and evidence-based practice. *Applied Nursing Research*, 15(3), 197-198.
- Straus, S. E., Tetroe, J., & Graham, I. D. (2013). Knowledge translation: What it is and what it isn't. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed., pp. 3–13). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell Publishing.
- Swanson, J-W., et al. (2002). The Social-Environmental Context of Violent Behaviour in Persons Treated for Severe Mental Illness. *Am J Public Health*, 92, 1523-153.
- Tinchon, M. (2004). *Les conséquences de l'agression en milieu de travail sur la santé* (Mémoire de Maîtrise en relations industrielles, Université de Montréal, Montréal, Canada). Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/14737>
- Tisseron S., (2012). Violence et agressivité, une distinction essentielle. *Santé Mentale* (165), 6-7.
- Titler, M.G. (2008). *The evidence for evidence-based practice implementation*. In, R.G. Hughes (Ed), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. (AHRQ Publication No. 08-0043).
- Van de Sande, R., Nijman, HL, Noorthoorn, EO, et al. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry* 199, 473-478.
- Van de Sande, R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., van der Staak, C., Mulder, C., & Nijman, H. (2013). Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 475–484.
- Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorders and violence: is there a relationship beyond substance abuse? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487-503.
- Van Dorn, R.A., Williams, J.H., Del-Colle, M., & Hawkins, J.D. (2009). Substance use, mental illness and violence: the co-occurrence of problem behaviors among young adults. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(4), 465-477.
- Van Heesch, B., Jeandarme, I., Pouls, C., & Vervaeke, G. (2016). Validity and reliability of the VRAG in a forensic psychiatric medium security population in Flanders. *Psychology, Crime & Law*, 22, 1-8. doi: 10.1080/1068316X.2016.1168423
- Varcarolis, E.M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. (6e éd.). St-Louis: Saunders, Elsevier.
- Viljoen, J. L., McLachlan, K., & Vincent, G. M. (2010). Assessing violence risk and psychopathy in juvenile and adult offenders: A survey of clinical practices. *Assessment*, 17, 377–395. doi: 10.1177/1073191109359587
- Vitacco, M. J., Erickson, S. K., Kurus, S., & Apple, B. N. (2012). The role of the Violence Risk Appraisal Guide and Historical, Clinical, Risk-20 in U.S. courts: A case law survey. *Psychology, Public Policy, and Law*, 18, 361–391. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025834>

- Vitale, J. E., & Newman, J. P. (2001). Using the Psychopathy Checklist-Revised with female samples: Reliability, validity, and implications for clinical utility. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 117–132.
- Volavka, J. (2002). *Neurobiology of Violence (2nd ed)*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Vose, B., Smith, P., & Cullen, F. T. (2013). Predictive validity and the impact of change in total LSI-R score on recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 40(12), 1383-1396.
- Watson, J. (1998). *Le caring*. « Dans Bonnet (1998), J. le caring : philosophie et science de soins infirmiers, Editions Seli Arslan».
- Watson, J. (2001). *Theory of human caring*. In M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: Davis.
- Watson, J. (2002). Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A practice of transpersonal Nursing. *Holist nursing pract*, 16(4), 12-19.
- Watson, J. (2003). Jean Watson and the theory of human caring. Theory overview. Récupéré de : <http://ww2.uchsc.edu/son/caring/content/wct.asp>.
- Watson, J. (2006). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors –Caritas Processes as a Disciplinary guide to the professional nursing practice, *Florianoapolis*, 16(1), 129-35.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20 assessing risk for violence: Version 2*. Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C. D., Eaves, D., Douglas, K. S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, British Columbia, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatry Services Commission of British Columbia.
- Webster, CD., Martin, ML., Brink, J., Nicholls, TL., & Middleton, C. (2004). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)*, Version 1.0. St. Joseph's Healthcare Hamilton; Ontario: Canada–Forensic Psychiatric Services Commission; Port Coquitlam, British Columbia, Canada.
- Welsh, J. L., Schmidt, F., McKinnon, L., Chattha, H. K., and Meyers, J. R. (2008). A comparative study of adolescent risk assessment instruments: Predictive and incremental validity. *Assessment* 15, 104–115. doi: 10.1177/1073191107307966
- Whitehead, P., Drummond, A., Walker, M., & Parry, R. (2013). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 2 (49).
- Whittington, R., Hockenull, J.C., McGuire, J., Leitner, M., Barr, W., Cherry, MG., et al. (2013) A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8. *Health Technol Assess*; 17 (50), 1-117
- Williams, E. (2003). Aggression and Mental disorder. Dans : *Interventions for mental health: An evidence-based Approach for Physiotherapists and Occupational Therapists*. Edited by Everett, Donaghy Feaver, Gray, 2003Elsevier Science Limited, Philadelphia, USA.

- Wilson, C-M., Desmarais, S-L., Nicholls, T-L., Brink, J. (2010). The role of client strengths in assessments of violence risk using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 282–293.
- Witt, K., van Dorn, R., Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, 8 (2), 2-15.
- Wong, S. C. P., & Gordon, A. (2006). *Treatment and management of incarcerated psychopaths*. Manuscript in preparation.
- Wong, S., & Gordon, A. E. (1999-2003). *The Violence Risk Scale*. Unpublished manuscript, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan, Canada.
- Wong, S.C.P. & Parhar, K. (2011): Evaluation of the predictive validity of the Violence Risk Scale in a paroled offender sample: a seven-year prospective study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22 (6), 790-808.
<http://dx.doi.org/10.1080/14789949.2011.623172>
- Woods, P. (2012). Risk assessment and management approaches on mental health units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 807-813. DOI 10.1111/
- Woods, P. and Kettles, A.M. (2009) *Instrumentation' In Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing*. In (P. Woods and A.M. Kettles (Eds) Oxford, UK: Wiley-Blackwell: 77- 107).
- Yao, X., Li, Z., Arthur, D., et al. (2014) Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 848–855.
- Zeller, S-L., & Rhoades, R-W. (2010). Systematic Reviews of Assessment Measures and Pharmacologic treatment for agitation. *Excerpta Medica*, 32 (3), 403-425.
- Zhan, MX., Yao, H., Tan, JH., et al. (2013) Reliability and validity of Chinese version of the Violence Risk Screening-10 in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 23, 361–364.
- Zhou, J., Witt, K., Cao, X., Chen, C., & Wang, X. (2017). Predicting reoffending using the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY): A 5-year follow-up study of male juvenile offenders in Hunan Province, China. *Plos ONE*, 12), 1-11. doi:10.1371/journal.pone.0169251
- Zhou, J., Witt, K., Xiang, Y., Zhu, X., Wang, X., & Fazel, S. (2016). Violence risk assessment in psychiatric patients in China: A systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 50(1), 33-45.

**Annexe A. Figure 1.1 Modèle de passage des connaissances à la pratique
(Graham *et al.*, 2006)**



Source. Instituts de recherche en santé du Canada (processus des connaissances à la pratique) :

<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>

Annexe B. Tableaux de recension des écrits

Tableau B2.1

Outils d'évaluation du risque de violence les plus utilisés.

Premier auteur (année)	Pays	Type de l'étude	Milieu de l'étude	Outils identifiés
Bengtson (2008)	Danemark	Enquête	Unité de psychiatrie	PCL-R PSL: SV HCR-20 SVR-20 VRAG
Khiroya (2009)	Royaume-Uni	Enquête	Unité psychiatrique de sécurité	PCL-R HCR-20
Viljoen (2010)	États-Unis	Enquête	Unité psychiatrique de sécurité	PCL-R PSL: SV HCR-20 MMPI-2
Zou (2016)	Chine	Revue systématique	Sans Objet	BVC HCR-20 PCL-R LSI-R V-RISK-10 VRS VS-CM CRAT-P SAVRY
Singh (2011)	Sans. Objet	Revue systématique	Sans Objet	LSI-R PCL-R SORAG Static- 99 VRAG HCR- 20 SVR- 20 SARA SAVRY
Singh (2011)	Sans. Objet	Revue systématique	Sans objet	COVR HCR-20 HKT-30 SAPROF SORM START VRAG V-RISK- 10 VRS

Hounsone (2016)	Sans. Objet	Revue systématique	Sans Objet	BPRS WARS PCL-SV, HCR-20, OGRS; OGRS2 DRAMS PCL-R, RM 2000-C, STATIC 99, SDRS SVR-20, VRAG ARMIDILO-S, START RM 2000-C
Calow (2016)	Sans Objet	Revue systématique	Services des Urgences	STAMP BVC

Tableau B2.2

Recension des écrits sur le BVC

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Almvik (1999).	Prospective	Norvège	Hôpital psychiatrique	Sans Objet	Validité (sensibilité=0,74 Spécificité=0.91)
Almvik (2000)	Prospective	Norvège	Unité interne de santé mentale	109	Validité (sensibilité=0,63 Spécificité =0,92) Fiabilité inter-codeurs (Kappa=0.44)
Abderhalden (2004)	Prospective	Suisse	Unité interne de santé mentale	219	Validité (sensibilité =64.3% et spécificité =93.9%) La fiabilité (r = 0.64 à r = 1.0 en suivant les niveaux des items).
Abderhalden (2006)	Prospective	Suisse	Unité interne de santé mentale (SANS VAS)	519	Validité (AUC=0.88 ; Sensibilité=64.3% spécificité =93.9%)
Bjorkdahl, (2006)	Rétrospective	Suisse	Unité de soins intensifs en santé mentale	73	Validité (Hazard ratio=5,99 (score plus que 1)
Almvik (2007)	Prospective	Norvège	Unité de gériatrie	82	Validité (AUC=0.94)
Clarke (2010)	Prospective	Canada	Unité de soins intensifs en santé mentale	48	Validité prédictive : (scores dans jour 1 avec 1 2 r = 0.515, p = 0.000), scores 2 avec 3 r =0.475, P = 0.03).
Chu (2013)	Prospective	Australie	Unité interne de santé mentale	70	Validité (AUC=0.77 (quel que soit l'agression). Violence verbale (AUC=0.77) et violence interpersonnel (AUC=0.83)
Yao (2014)	Prospective	Chine	Unité interne de santé mentale	281	Validité (ROC = 0.85 ; sensibilité =79% ; spécificité=87) Cohérence interne (CCI=0.84)
Hvidhjelm (2014)	Prospective	Danemark	Unité psychiatrique médico-légale	156	Validité (AUC =0.915 Sensibilité=0.656 Spécificité=0.997)

Rechenmacher (2014)	Prospective	Australie	Unité interne de santé mentale (BVC-CH avec VAS)	233	Validité (AUC=0.93 Sensibilité=0,588 Spécificité=0.968).
------------------------	-------------	-----------	---	-----	--

Tableau B2.3
Une recension des écrits sur l'HCR-20.

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Belfrage (1998)	Prospective	Suisse	Hôpital psychiatrique de sécurité	43	Alpha de Cronbach=0,78 CCI=0,64
Belfrage, (2000)	Rétrospective	Suisse	Prison	41	Valide (Test Main-Whitney U) : diminution s de la violence avec une différence significative entre les groupes (p=0,00)
Belfrage (2004)	Prospective	Suisse	Prison	47	Diminution significative de la violence 64% avec une différence significative
Claix (2004)	Étude corrélationnelle	Belgique	Hôpital psychiatrique de sécurité	86	Pearson r=0,73* CCI=0,77 Alpha de Cronbach=0,74
De Vogel (2006)	Prospective	Pays-Bas	Hôpital psychiatrique de sécurité	127	ROC=1 AUC=0.86*
Dernevik (2008)	Prospective	Suisse	Unité psychiatrique de sécurité	6	Coefficient d'interrelation (0,76-0,96)
Douglas (1999)	Rétrospective	Canada	Service correctionnel	75	Forte relation entre HCR-20 et la violence : $x^2=3,54$
Doyle (2002)	Rétrospective	États-Unis	Unité de psychiatrique à sécurité maximale	87	ROC=0.70 (p<0.01)
Nicholls, (2004)	Rétrospective	Sans objet	Hôpital psychiatrique de sécurité	279	AUC= 0.62–0.74
Lv (2013)	Prospective et rétrospective	Chine	Unité de soins de santé mentale	156	AUC=0.73 CCI=0,85 Test-retest=0,88
Persson, (2017)	Prospective	Stockholm	Prison	200	AUC =0,79

Tableau B2.4
Une recension des écrits sur le PCL-R.

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Gendreau (2002)	Revue systématique	Sans Objet	Sans Objet	(57 études incluses)	Phi coefficients (4)
Medina (2013)	Prospective	Cuba	Prison	124 (hommes)	Alpha Cronbach =0.91 Coefficient d'inter-items =0.38
Moltó (2000)	Prospective	Espagne	Prison	117 (hommes)	Alpha Cronbach =0.85 Coefficient d'inter-items =0.22
Ostrosky (2008)	Prospective	Espagne	Prison	Sans objet	Alpha Cronbach =0.87 Coefficient d'inter-items =0.30,
Murrie (2012)	Prospective	États-Unis	Prison	398	AUC =.70 (p = .04)
Liu (2010)	Rétrospective	Chine	Prison	60	CCI=0.81 Alpha Cronbach =0.85
Fazel (2012)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	AUC= 0.66 (0.58-0.67)
Coid (2009)	Prospective	Royaume-Unis	Prison	304	AUC = .73 (95% CI = .63-.83)
Vitale (2009)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	CCI=87 to .96 test-re-test =0.40

Tableau B2.5
Recension des écrits sur le VRAG.

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Rossegger, (2009)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	AUC : 0.70 – 0.86
Fazel (2012)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	AUC=0.72 (0.68-0.78)
Rossegger, (2009)	Étude de cohorte	Suisse	Prison	206	AUC= 0.72, (95% CI = 0.63-0.81), p<0.05
Harris, (2002)	Enquête	Canada	Unité psychiatrique de sécurité	467	ROC = .80
Kroner, (2007)	Prospective	Allemagne	Département de psychiatrie de sécurité	136	AUC =0.703. (Pearson's r = 0.941).
Robert (2007)	Prospective	Royaume-Uni	Unité de psychiatrie de sécurité	996 (hommes)	AUC >0.85
Harris (2003)	Rétrospective	Canada	Prison et hôpitaux psychiatrique de sécurité	396 (hommes)	ROC = .84
Snowden, (2007)	Rétrospective	Royaume-Uni	Unités de sécurité	996	(AUCs) >0. 85
Folino (2015)	Étude de cohorte	Argentine	Département de justice	178 (hommes)	AUC of .65
Doyle (2002)	Rétrospective	Royaume-Uni	Unité de sécurité	87	AUC= 0.71*

Tableau B2.6
Recension des écrits sur le LSI-R

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Simourd (1998)	Prospective	Canada	Prison	216	Alpha de Cronbach=0.89
Farrington, (2008)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	AUC =0.64
Singh, (2011)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	856	AUC=0.67
Folsom (2007)	Prospective	Canada	Prison	100 (femmes)	AUC = .67 (CI = ±.12)
Geraghty (2015)	Revue systématique	Sans objet	Sans objet	Sans objet	AUC= .67 et 0,93
Persson (2017)	Prospective	Stockholm	Prison	200	AUC= .70
Lowenkamp, (2007)	Prospective	États-Unis	Prison	1,145	AUC= .644 (p< .01).
Vose (2013)	Prospective	États-Unis	Prison	2,849	AUC=0.621

Tableau B2.7
Recension des écrits sur le SAVRY

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Catchpole (2003)	Rétrospective	États-Unis	Prison	66	AUC=0.73
Dolan (2008)	Prospective	Royaume-Uni	Prison	99	AUC=0.64
Lodewijks (2008)	Rétrospective	Pays-Bas	Prison	117	AUC=0.65
Welsh (2008)	Prospective	États-Unis	Prison	133	AUC=0.81
Zhou (2017)	Prospective	Chine	Prison	246	AUC=0,66-0,68
Lodewijks (2008)	Prospective	Pays-Bas	Prison	70	AUC=0,86
Meyers (2008)	Prospective	Canada	Prison	121	ROC=0,75 en général (0,66 pour le récidivisme de la violence)

Tableau B2.8
Recension des écrits sur le V-Risk-10.

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Bjorkly (2009)	Prospective	Norvège	Unité de psychiatrie	25	CCI=0,77
Roaldset (2011)	Prospective	Norvège	Unité de psychiatrie	381	AUC=0,75 ; ROC=0,80
Eriksen (2016)	Prospective	Norvège	Unité de psychiatrie	514	ROC-AUC=0,97
Zhan (2013)	Rétrospective	Chine	Hôpital psychiatrique	109	Alpha de Cronbach=0,86

Tableau B2.9
Recension des écrits sur le START.

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
O'seha (2014)	Revue systématique	Sans Objet	Sans objet	543	AUC=0,80-0,95
O'Shea (2016)	Prospective	Angleterre	Unité de psychiatrie	84	Kappa=0,68 à 1
Marriott (2017)	Prospective	Pays-Bas	Unité de psychiatrie sécuritaire	527	Kappa=0,64 à 1. AUC=0,54 à 0,81.

Tableau B2.10
Recension des écrits sur le VRS

Premier auteur (année)	Type de l'étude	Pays	Milieu de l'étude	Nombre de participants	Caractéristiques psychométriques
Wong (2006)	Prospective	Canada	Prison	918	Consistance interne (alpha=0,60)
Stockdale (2013)	Rétrospective	Canada	Prison	147	Consistance interne (alpha=0,90 ; CCI=0,90)
Wong (2011)	Prospective	Canada	Prison	59	CCI=0,93 ; AUC=0,83
Wong (2011)	Prospective	Canada	Prison	60	AUC=0,83

Annexe C. Affiche de recrutement (version Fr et Ang)

À LA RECHERCHE DE VOLONTAIRES

Nous sommes à la recherche de volontaires pour participer à une enquête dont le but est d'évaluer vos perceptions à l'égard des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence « Assault and Violence Assessment », qui est disponible dans le système de documentation électronique de l'unité interne de santé mentale.

- Qui ? Les infirmières ou infirmiers autorisées, les infirmières ou infirmiers de pratique avancée, les travailleuses sociales ou travailleurs sociaux, les ergothérapeutes exerçant dans l'unité de soins en santé mentale en milieu hospitalier à l'Hôpital Montfort.
- Quoi ? Votre participation consisterait à remplir un questionnaire d'une durée approximative de 20 minutes.
- Quand ? L'enquête sera menée en automne 2016.
- Pourquoi ? Les résultats seront utilisés pour élaborer des recommandations afin d'améliorer la sécurité du personnel soignant travaillant dans l'unité de soins en santé mentale en milieu hospitalier grâce à des moyens permettant de prévenir et de réduire les comportements agressifs adoptés par les patients.

LOOKING FOR VOLUNTEERS

We are looking for volunteers to complete a survey. The purpose of this survey is to understand your views of the barriers and facilitators to using the Assault and Violence Risk Assessment tool, which is available in the electronic documentation system on the inpatient mental health unit.

- Who? Registered Nurses, Registered Practical Nurses, Social Workers, and Occupational Therapists who work on the inpatient mental health unit at the Montfort Hospital
- What? Complete a questionnaire. We expect it will take about 20 minutes.
- When? The survey is being conducted in the fall 2016.
- Why? The findings will be used to formulate recommendations to improve the safety of staff working on the inpatient mental health unit by considering ways to prevent and/or reduce aggressive outbursts of patients.

Si vous êtes intéressé, communiquez avec :

Intissar Souli, Msc, PhD student

Dawn Stacey, RN, PhD

If you are interested, please contact:

Intissar Souli, Msc, PhD student

Dawn Stacey, RN, PhD



Annexe D. Lettre d'invitation (version Fr et Ang)
Lettre d'invitation

Vous êtes invités à participer à un sondage (ou une enquête) pour un projet de recherche dont le but est d'évaluer les perceptions du personnel soignant à l'égard des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence « Assault and Violence Assessment » disponible dans le système de documentation électronique. Ce projet de recherche est mené par Souli Intissar sous la supervision de Professeure Dawn Stacey.

- Qui ? Infirmières de pratique avancée, infirmières (ou infirmiers) auxiliaires autorisées, infirmières (ou infirmiers) praticiennes, travailleurs (euses) sociaux (ales), les ergothérapeutes exerçant dans l'unité de soins en santé mentale en milieu hospitalier à l'Hôpital Montfort.
- Quoi ? Vous trouverez ci-joint un questionnaire à remplir, qui ne vous prendra que quelques minutes (environ 20 minutes). Il est strictement anonyme
- Quand ? Le questionnaire sera mené en automne 2016.
- Pourquoi ? Les résultats seront utilisés pour élaborer des recommandations afin d'améliorer la sécurité du personnel soignant travaillant dans l'unité de soins en santé mentale en milieu hospitalier grâce à des moyens permettant de prévenir ou de réduire les comportements agressifs adoptés par les patients

Votre participation à ce questionnaire est importante et elle serait un ajout précieux à notre recherche ainsi qu'à nos résultats. Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions ou pour vous fournir plus d'informations. Si vous avez des questions sur ce projet de recherche, veuillez s'il vous plaît contacter les chercheuses aux coordonnées indiquées ci-dessous. Nous serons heureuses de discuter davantage avec vous de ce projet.

Intissar Souli, Msc, Candidat au doctorat

Amanda Vandyk, RN, PhD

Dawn Stacey, RN, PhD

Wendy Peterson, RN,

Votre participation à cette étude est volontaire et vos réponses sont strictement confidentielles. Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant à la recherche, s'il vous plaît, contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort : 745-A chemin Montréal, **suite 102** à Ottawa, Ontario ou par téléphone au 613-746-4621, poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca, ou contacter le Comité d'éthique de l'Université d'Ottawa, 550 Cumberland, Pièce 154 Ottawa, Ontario, par téléphone : 613-562-5387 ou par courriel : ethique@uottawa.ca

Invitation Letter

You are invited to participate in a survey. The purpose of this survey is to understand your views of the barriers and facilitators to using the Assault and Violence Risk Assessment tool, which is available in the electronic documentation system. This research project is conducted by Souli Intissar under the supervision of Professor Dawn Stacey.

- Who? Registered Nurses, Registered Practical Nurses, Social Workers, and Occupational Therapists who work on the inpatient mental health unit at the Montfort Hospital
- What? Complete a questionnaire. We expect it will take about 20 minutes. It is strictly anonymous.
- When? The questionnaire is being conducted in the fall 2016.
- Why? The findings will be used to formulate recommendations to improve the safety of staff working on the inpatient mental health unit by considering ways to prevent and/or reduce aggressive outbursts of patients.

Your participation in this questionnaire is important and we would like to include your perspective in the research findings. We are available to answer your questions or provide more information if necessary. If you have questions about this research project, please contact a researcher at the coordinates listed below. We are happy to discuss this project with you.

Intissar Souli, Msc, PhD student

Amanda Vandyk, RN, PhD

Dawn Stacey, RN, PhD

Wendy Peterson, RN, PhD

Your Participation in this study is voluntary and your responses are kept strictly confidential. If you have any questions about your rights as a research participant, please contact the Hospital Montfort Research Ethics Board: Tel :613-746-4621; Adresse : 71 Montreal Road , Ottawa (Ontario) K1K 0T2. Suite 102. E-mail: ethique@montfort.on.ca, Or Uottawa ethiccs comity at : 550, Cumberland street ,154 Ottawa, Ontario, Tel: 613-562-5387; Mail : ethique@uottawa.ca.

Annexe E. Feuillelet d'information pour un questionnaire (consentement, version Fr et Ang)

L'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions des professionnels de santé

Nom de la chercheure principale :

Intissar Souli : Msc, Candidate au doctorat, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa. Adresse : 451 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5.

Nom de superviseure

Dawn Stacey : **IA, PhD**, Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Centre de recherche de pratiques exemplaires en soins infirmiers, Rm 1118. Adresse : 451 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5.

Source de financement : Aucune source de financement.

Conflits d'intérêts : Aucun conflit d'intérêts

INTRODUCTION

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche qui porte sur l'évaluation des perceptions du personnel soignant à l'égard des obstacles et des facilitateurs à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence en milieu clinique, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, avantages, risques potentiels, et le temps que nous estimons nécessaire pour répondre aux questions, les questions de confidentialité et les alternatives à la participation. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheure principale du projet ou sa superviseure dont les coordonnées sont indiquées précédemment.

INVITATION À PARTICIPER

Je suis invité(e) à participer à la recherche nommée ci-dessus qui est menée par Souli Intissar sous la supervision de Professeure Dawn Stacey.

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette recherche est d'évaluer l'utilisation de l'outil de l'évaluation du risque de violence accessible dans une unité de soins en santé mentale ainsi que les perceptions du personnel soignant au regard des facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de cette intervention.

CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Tout personnel soignant responsable d'effectuer une évaluation du risque de violence et qui est en mesure de lire en français ou en anglais est inclus. Sont exclues de l'enquête les personnes en congés de maladie, de maternité, ou en vacances etc. au moment de l'enquête.

PARTICIPATION

Ma participation à ce projet consiste à remplir un questionnaire semi-structuré (un sondage) qui demandera environ 20 minutes de votre temps. Je dois répondre à des questions directement liées aux objectifs de l'étude. Ma participation est volontaire et mon employeur ne sera pas informé de ma décision de participer ou non. Il y aura trois rappels du même contenu après l'envoi initial de l'invitation et du questionnaire. En raison de la nature anonyme du sondage, je peux attendre à recevoir ces rappels dans mon courrier à l'unité, même si j'y ai déjà participé.

BIENFAITS

Ma participation à ce projet de recherche est très importante dans la mesure où elle permet d'identifier des solutions intéressantes qui pourraient améliorer la situation des intervenants exposés aux comportements violents manifestés par les patients. Ainsi, le personnel soignant pourra dispenser ses soins dans un environnement plus sécuritaire, avec un minimum de contraintes psychologiques ou physiques. Enfin, à cela, s'ajoute le fait qu'elle contribuera à l'avancement des connaissances concernant la spécialité des soins infirmiers de psychiatrie/ de santé mentale. Je n'obtiendrai pas de bénéfices directs en participant à cette étude.

RISQUES

Il n'y a pas de risques liés à ma participation à cette étude.

CONSERVATION DES DONNÉES

Les données recueillies (questionnaires) seront conservées dans un endroit verrouillé (sous clé) pour une période de 10 ans dans le centre de recherche de pratiques exemplaires en soins infirmiers à l'Université d'Ottawa. Après cette période, les données papier seront déchiquetées et les données électroniques seront supprimées selon la politique de l'Université. Aucun nom et renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

CONFIDENTIALITÉ ET ANONYMAT

Durant ma participation, qui est anonyme, à ce projet de recherche, seulement l'équipe de recherche aura accès pour recueillir et consigner dans un dossier de recherche les renseignements me concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite

du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre entre autres les informations suivantes : sexe, niveau d'éducation, etc. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront confidentiels, sauf en cas d'obligation légale de les divulguer. La chercheuse principale de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement. Seulement les données agrégées du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de m'identifier.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que je reste libre à tout moment de mettre fin à ma participation sans avoir à justifier ma décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

REMBOURSEMENT/INDEMNISATION

Aucune indemnisation ne sera offerte pour participer à la recherche. Toutefois, une carte-cadeau de 5 \$ sera offerte à chaque personne avec l'invitation initiale. Le montant de 5 \$ sera versé une seule fois. Je peux garder ce cadeau, même si je choisis de ne pas remplir le questionnaire.

CONSENTEMENT

Je comprends que répondre au questionnaire et le renvoyer au chercheur signifie que je consens implicitement à participer au projet de recherche mené par Souli Intissar sous la supervision de Professeure Dawn Stacey. Je peux garder ce feuillet d'information pour mes dossiers.

Pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, je peux m'adresser au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort, 745-A chemin Montréal, **suite 102** à Ottawa, Ontario ou par téléphone au 613-746-4621, poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca.

Information Sheet for a Questionnaire (version anglaise)

The use of Violence Risk Assessment tool in Mental Health Professionals

Principal Researcher's Name:

Intissar Souli: Msc, PhD(c), School of Nursing, University of Ottawa, 451 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5.

Name of supervisor

Dawn Stacey: RN, PhD, Full Professor, School of Nursing, University of Ottawa, Nursing Best Practice Research Centre, Rm 1118. 451 Smyth Road, Ottawa, ON, Canada K1H 8M5.

Funding Sources: No funding

Conflicts of Interest: No conflicts

INTRODUCTION

Before agreeing to participate in this research project on the barriers and facilitators to the use of the Violence Risk Assessment tool as part of your clinical practice, please take the time to read and understand the following information. This document explains the purpose of the research project, its benefits, potential risks, and the estimated time required to answer the questions, confidentiality issues and alternatives to participation. Please ask the principal researcher or her supervisor whose contact information is given above any questions you consider relevant.

INVITATION TO PARTICIPATE

I am being asked to participate in the above-named research project conducted by Souli Intissar under the supervision of Professor Dawn Stacey.

PURPOSE

The purpose of this study is to evaluate the use of the tool for assessing risk of violence available in a mental health care unit and to investigate mental health care provider's views of the barriers and facilitators to using this intervention.

INCLUSION/EXCLUSION CRITERIA

All allied healthcare professionals responsible for performing risk assessment of patients on the Mental Health Unit who can read French and / or English. If a person is on sick leave, maternity leave, or vacation at the time of the study, they will not be eligible to participate.

PARTICIPATION

My participation will essentially consist in filling out a semi-structured questionnaire (survey), which will require about 20 minutes of my time. I will have to answer questions directly related to the objectives of the study. My participation is voluntary and my employer will not be informed of my decision to participate or not. I understand that I will receive three reminders after the initial invitation to participate. Because of the anonymous nature of the survey, I can expect to receive these reminders in my mail box on the unit even if I have already participated.

BENEFITS

My participation in this study is very important and it will help to identify interesting solutions that could improve the care provided to patients with mental health problems and the safety of nurses working in these environments. Furthermore, my participation will help to advance nursing knowledge in this area. I will receive no personal benefit from participating in this study.

RISKS

There are no risks involved with my participation in this study.

DATA CONSERVATION

The data collected (questionnaires) will be kept in a locked area for a period of 10 years in the Nursing Best Practice Centre at the University of Ottawa. After this period, all paper data will be shredded and all electronic data will be deleted in accordance with the University policy. No name and no identifying information will appear in any documentation or publication stemming from this study.

PRIVACY AND ANONYMITY

I understand that my participation is anonymous in this study, only the research team will have access to the collected data and that only information necessary to the study will be collected. This information may include my sex or education level, among other similar things. All information collected during the research project will remain confidential, unless legally required to disclose. The researcher may use data for research purposes in order to meet the scientific objectives of the research project described in this information and consent form. Only name and consolidated data of this project may be published in scientific journals or shared with others in scientific discussions. No publication or scientific communication will contain information that can identify me.

VOLUNTARY PARTICIPATION

I understand that my participation in this research project is entirely voluntary and that I am free to end my participation without having to justify my decision or suffer prejudice of any kind whatsoever.

If I have questions about this research project, I will contact one of the persons mentioned above.

12. REIMBURSEMENT/COMPENSATION

I will not be compensated for my participation in this study; however I will receive a gift card of \$5.00 with the initial invitation to participate. This \$5.00 will be paid to you only once. I may keep this gift even if I choose not to complete the questionnaire.

CONSENT

I understand that by completing and returning the survey to the researcher implicitly mean that I have given my consent to participate in this study conducted by Souli Intissar under the supervision of Professor Dawn Stacey. I may keep this information sheet for my records.

For information concerning ethical aspects of this research, I may contact Hôpital Montfort Research Ethics Board, 745-A Montreal Road, suite 102 Ottawa, Ontario, by telephone at 613-746-4621, extension 2221, or by email at ethique@montfort.on.ca.

Annexe F. Questionnaire de collecte des données (version Fr et Ang)

L'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions des professionnels de santé

Merci d'avoir accepté de compléter ce sondage. Le but de cette étude est d'explorer les perceptions du personnel soignant au regard des facilitateurs et des obstacles à l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence : « the Assault and violence risk assessment ».

1.1. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été exposé à un patient présentant des comportements agressifs?

- Non Oui

1.2. Si oui, à combien d'épisodes violents avez-vous été exposé au cours des 3 derniers mois, y compris tous les patients?

- 0
 1
 2 to 5
 6 to 10
 > 10

2. Au Montfort, l'outil « the Assault and Violence Assessment » est disponible pour l'évaluation du risque de violence chez les patients ayant des problèmes de santé mentale.

2.1. Avez-vous déjà utilisé cet outil d'évaluation?

- Non Oui

2.2. Si oui, quand l'avez-vous utilisé? (Vous pouvez choisir toutes les réponses)

- À l'admission
 Chaque jour
 À chaque changement d'équipe de travail
 Seulement, si nécessaire

3.6. Pensez maintenant à un collègue de travail que vous respectez comme professionnel. À votre avis, il utilise l'outil «the Assault and Violence Assessment»?	<p>Jamais Toujours</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.7. Je planifie d'utiliser l'outil «the Assault and Violence Assessment»	<p>Fortement en désaccord Fortement en accord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.8. De façon générale, je pense que l'outil «the Assault and Violence Assessment» serait pour moi:	<p>Inutile Utile</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.9. La plupart des personnes importantes pour moi dans ma profession déclare avoir utilisé l'outil «the Assault and Violence Assessment»	<p>Fortement en désaccord Fortement en accord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.10. Il est acceptable d'utiliser l'outil «the Assault and Violence Assessment»	<p>Fortement en désaccord Fortement en accord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.11. Je suis capable d'utiliser l'outil «the Assault and Violence Assessment»	<p>Fortement en désaccord Fortement en accord</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.12. De façon générale, je pense que l'utilisation l'outil «the Assault and Violence Assessment» serait pour moi:	<p>Néfaste Bénéfique</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Réf : Questionnaire DPC-réaction (Legaré et al, 2015)

4. Selon vous, quels sont les facteurs qui interfèrent avec l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence «the Assault and Violence Assessment» dans votre pratique clinique?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent l'utilisation de l'outil d'évaluation du risque de violence «the Assault and Violence Assessment» dans votre pratique clinique?

.....

.....

.....

.....

.....

6. De quoi avez-vous besoin pour vous aider à utiliser l'outil d'évaluation du risque de violence «the Assault and Violence Assessment» dans votre pratique clinique?

.....

.....

.....

.....

.....

Autres commentaires

.....

.....

.....

.....

7. Questions sociodémographiques

S'il vous plaît, parlez-nous de vous:

7.1. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 29ans
 40 à 49
 60 ans et plus
 30 à 39
 50 à 59

7.2. Votre sexe Femme Homme Autre

7.3. Quelle est votre position actuelle?

Infirmière (infirmier) de pratique avancée (IPA)

Infirmière (infirmier) autorisée (IA)

Travailleur (euse) social (e)

Ergothérapeute

Autre: _____

7.4. Combien de temps avez-vous travaillé dans cette position?

Moins de 6 mois 3 à 5 ans

7 à 12 mois 6 à 10 ans

>1 à 2 ans Plus de 10 ans

7.5. Occupez-vous actuellement un emploi à : Temps plein Temps partiel
 Temporaire

7.6. Quels sont les programmes d'éducation que vous avez complétés (cochez toutes les cases)?

Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers

Diplôme universitaire de premier cycle

Certificat de soins infirmiers en psychiatrie et santé mental

Diplôme universitaire d'études supérieures

Autres _____

Merci d'avoir rempli ce sondage.

[S'il vous plaît, retourner le questionnaire rempli dans la boîte fermée dans l'unité]

The use of violence risk assessment tool in patient with mental health conditions: Perspectives of Health Care Providers (version anglaise)

Thank you for agreeing to complete this survey. The purpose of this study is to investigate mental health care providers' views on using the Assault and violence risk assessment tool.

1.1. In the last 3 months, have you been exposed to a patient displaying violent behavior?

- No Yes

1.2. If yes, how many violent episodes have you been exposed to in the last 3 months including all patients?

- 0
 1
 2 to 5
 6 to 10
 > 10

2. At the Montfort, the Assault and Violence Assessment Tool is available for assessing risk in patients with mental health conditions.

2.1. Have you ever used this assessment tool?

- No Yes

2.2. If yes, when have you used it? (Indicate as all answers that apply)

- On admission
 Daily
 Every shift
 Only when necessary

2.3. If yes to question 2.1, how often have you used it in the last week? (Choose only one answer)

- 1 time
 2 to 5 times
 6 to 10 times

○ > 10 times

3. Please answer each of the following questions choosing the number that best describes your opinion about your intention to use the risk assessment tool: Some of the questions may appear to be similar, but they do address somewhat different aspects of the behavior stated.

3.1. I intend to use the Assault and Violence Assessment Tool:	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.2. To the best of my knowledge, the percentage of my colleagues who use the Assault and Violence Assessment Tool is:	<p>0-20% 21-40% 41-60% 61-80% 81-100%</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.3. I am confident that I could use the Assault and Violence Assessment Tool if I wanted to.	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.4. Using the Assault and Violence Assessment Tool is the ethical thing to do:	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.5. For me, using the Assault and Violence Assessment Tool would be:	<p>Extremely difficult Extremely easy</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.6. Now think about a co-worker who you respect as a professional. In your opinion, does he/she use the Assault and Violence Assessment Tool?	<p>Never Always</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.7. I plan to use the Assault and Violence Assessment Tool:	<p>Strongly disagree Strongly agree</p>

	<p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.8. Overall, I think that for me to use the Assault and Violence Assessment Tool would be:	<p>Useless Useful</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.9. Most people who are important to me in my profession, report using the Assault and Violence Assessment Tool:	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.10. It is acceptable (in my workplace) to use the Assault and Violence Assessment Tool:	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.11. I have the ability to use the Assault and Violence Assessment Tool	<p>Strongly disagree Strongly agree</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
3.12. Overall, I think that for me to use the Assault and Violence Assessment Tool would be:	<p>Harmful Beneficial</p> <p>1 2 3 4 5 6 7</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Réf : Questionnaire DPC-réaction (Legaré et al, 2015)

4. What factors interfere with using the Assault and Violence Assessment Tool in your clinical practice?

.....

.....

.....

.....

.....

5. What factors support using the Assault and Violence Assessment Tool in your clinical practice?

.....

.....

.....

.....

6. What do you need to help you use the Assault and Violence Assessment Tool in your practice??

.....

.....

.....

7. How did you decide when you do the Assault and Violence Assessment Tool in your practice?

8. Additional general comments:

.....

.....

.....

9. Sociodemographic questions

Please tell us about yourself:

9.1. Your age range?

- Under 29 40 to 49 60 and older
- 30 to 39 50 to 59

9.2. Your sex Female Male Other

9.3. What is your position?

- Registered practical nurse (RPN)
- Registered nurse (RN)
- Social Worker
- Occupational Therapists
- Other: _____

9.4. How long have you been working within this position?

- 6 or fewer months
- 7 to 12 months
- >1 to 2 years
- 3 to 5 years
- 6 to 10 years
- more than 10 years

9.5 Are you currently working: Full-time Regular part-time Casual

9.6 What education programs have you completed (check all that apply)?

- College diploma in nursing
- Undergraduate university degree
- Specialty certification psychiatric in mental health nursing
- Graduate university degree
- Other _____

Thank you for completing this survey.

[Please return the completed survey to the box on the unit)

Annexe G. Approbation éthique de l'Hôpital

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
 Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
 hopitalmontfort.com



Avis d'approbation éthique Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort

Le 26 juillet 2016

Chercheuse principale

Souli Intissar
 Faculté des sciences de la santé
 Université d'Ottawa

Superviseure de thèse

Professeure Stacey Dawm
 Faculté des sciences de la santé
 Université d'Ottawa

Titre du projet : « Les obstacles et les facilitateurs à l'évaluation du risque de violence dans les services de soins en santé mentale : perspectives du personnel soignant »

Numéro du dossier : SI-01-06-16

Date de début : 26 juillet 2016

Date de fin : 25 juillet 2017

En conformité avec la dernière édition de l'Énoncé de politique des trois conseils — Éthique de la recherche avec des êtres humains (ÉPTC 2), je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a évalué et **approuvé votre projet de recherche** et les documents suivants pour les dates de début et de fin mentionnées ci-dessus :

Page 1 sur 2



- Affiche de recrutement (FR et EN), soumise le 29 juin 2016
- Lettre d'invitation à participer (FR et EN), version du 16 juin 2016
- Formulaire de consentement (FR et EN), version datée du 25 juillet 2016
- Questionnaires (FR et EN), soumis le 1 juin 2016
- Questionnaire générique DPC-réaction _version française, soumis le 1^{er} juin 2016
- Legare 2014_12-item CPD on behaviours _version anglaise, soumis le 1^{er} juin 2016
- Protocole de recherche, soumis le 1^{er} juin 2016

Le CÉR de l'Hôpital Montfort est constitué et exerce ses activités d'une manière conforme à la Norme nationale du Canada visant la surveillance de l'éthique de recherches comportant des essais cliniques biomédicaux de l'Office des normes générales du Canada, aux Bonnes pratiques cliniques : directives consolidées, du Conseil international sur l'harmonisation des exigences techniques relatives à l'homologation des produits pharmaceutiques à usage humain (CIH-BPC E6), à la Partie C, Titre 5, du Règlement sur les aliments et drogues et aux règlements applicables, à la partie 4 du Règlement sur les produits de santé naturels; à la partie 3 du Règlement sur les instruments médicaux, au « *Code of Federal Regulations* » des États-Unis, à la Loi ontarienne de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, de même qu'aux lois et règlements applicables en Ontario.

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants. Le chercheur doit, avant toute utilisation, soumettre pour évaluation et approbation toutes les modifications au protocole et à la documentation destinée aux participants, par exemple, formulaire de consentement et aux outils de recrutement. Vous devez aussi aviser le CÉR immédiatement de tout événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque ou modifier le cours du projet de recherche.

Veillez-nous acheminer **quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation**, un rapport d'étape annuel et le cas échéant une demande de renouvellement du certificat d'approbation éthique de l'étude. Vous pouvez en tout temps soumettre un formulaire de fin d'étude et y joindre un rapport final.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le bureau d'éthique de la recherche (BÉR) de l'Hôpital Montfort au 613-746-4621 poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca.

Annexe H. Approbation éthique de l'Université d'Ottawa



Université d'Ottawa University of Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

Le 24 août, 2016

Souli Intissar
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

Co-superviseures: Dawn Stacey, Université d'Ottawa;
Amanda Vandyk, Université d'Ottawa
Wendy Peterson, Université d'Ottawa

Collaboratrices : Ann Salvador, Hôpital Montfort;
Jocelyne Albert, Hôpital Montfort
Michelle Hamilton, Hôpital Montfort
Dania Versailles, Hôpital Montfort

Re: Dossier éthique # A08-16-01 – «Les obstacles et les facilitateurs à l'évaluation du risque de violence dans les services de soins en santé mentale : perspectives du personnel soignant».

Chères Mme Souli et collègues,

Merci pour les documents fournis en ce qui a trait à votre projet nommé ci haut, ainsi que pour la lettre d'approbation du CÉR de l'Hôpital Montfort (dossier #SI-01-06-16).

Ceci est pour confirmer que conformément à l'entente entre l'Université d'Ottawa et l'Hôpital Montfort, l'Université d'Ottawa a autorisé que le comité d'éthique en recherche de l'Hôpital Montfort sera le CÉR officiel pour l'évaluation et la supervision de la recherche mené à ou au travers de l'Hôpital.

Nous vous rappelons votre obligation de:

- Suivre les procédures établies par le CÉR de Montfort, incluant les processus de compte-rendu et de renouvellement de certificat;
- De respecter l'autorité du CÉR de Montfort et de leurs exigences, incluant, sans limites, la nécessité de modifier ou d'arrêter la recherche si le CÉR l'exige

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter au (613) 562-5387.

Sincèrement,

Annexe I : Tableau de revues systématiques existantes sur la violence en milieux de soins

Tableau I4.1.

Les revues systématiques existantes sur la violence en milieux de soins.

Title of the article	Author(s)-year	Results	Conclusion
Staff training			
<p>The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature</p>	<p>Heckemann et al.2015</p>	<p>Nine studies were included. Two had a weak, six a moderate, and one a strong study design. All studies reported increased confidence, improved attitude, skills, and knowledge about risk factors post training. There was no significant change in incidence of patient aggression.</p>	<p>The findings corroborate findings of reviews on training in mental health care, which point to a lack of high quality research. Training does not reduce the incidence of aggressive acts. Aggression needs to be tackled at an organizational level.</p>
<p>A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff</p>	<p>Livingston et al. 2010</p>	<p>An exhaustive review of the literature was performed on all articles published in English between January 1, 1990 and April 1, 2007 that evaluate an aggression management training program. Twenty-nine studies met the inclusion criteria for a full review and were summarized using a qualitative narrative approach.</p>	<p>The findings of this study suggest that relying too heavily on aggression management staff training will have limited effect on addressing the range of issues related to patient-perpetrated violence in psychiatric hospitals. Mental healthcare organizations must look beyond staff training if they are to achieve meaningful reductions in aggressive incidents and staff injuries</p>

		<p>Aggression management training has been proven effective in some areas, such as reducing the use of restraints and other coercive control devices, but more methodologically rigorous research is needed to firmly establish whether it is effective in reducing aggression and staff injuries</p>	
<p>Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression</p>	Price et al. 2015	<p>A total of 38 relevant studies were identified. The strongest impact of training appears to be on de-escalation-related knowledge, confidence to manage aggression and de-escalation performance (although limited to artificial training scenarios). No strong conclusions could be drawn about the impact of training on assaults, injuries, containment and organisational outcomes owing to the low quality of evidence and conflicting results.</p>	<p>It is assumed that de-escalation techniques training will improve staff's ability to de-escalate violent and aggressive behaviour and improve safety in practice. There is currently limited evidence that this training has these effects.</p>
<p>The Effects of Aggression Management Training for Mental Health Care and Disability Care Staff:</p>	Richter, Needham & Kunz. 2007	<p>Thirty nine published studies were included. The quality of the studies included was deemed as generally low. No clear trend regarding a</p>	<p>Sensitization effects of staff after training probably lead to reporting bias. Although</p>

A Systematic Review		reduction of violent incidents resulted. However, the studies revealed clear positive effects on staff knowledge about violence and their confidence to cope with aggressive situations.	the results on the number of violent incidents remain unclear, it is recommended to conduct comprehensive aggression management training in mental health and disability care institutions.
Education and training for preventing and minimising workplace aggression directed toward healthcare workers (Protocol)	Hillset al. 2015	NO finding yet :only protocol	N.R.
A systematic literature review: managing the aftermath effects of patient's aggression and violence towards nurses	LIM, Boon Chuan Eric. 2011	Three interventions were founded for managing aggression :1) Formal crisis interventions including staff victim debriefing, counseling, and staff victim support group, 2) Informal peer support system, and 3) Staff training are strongly recommended in the management of after math effect in nurses despite the paucity of empirical studies to support their efficacy.	Full text not founded (Purchase)
Medication treatment			
A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects	Frogley et al. 2012	The review identified six animal studies, four randomized controlled trials, 12 prospective non controlled	Clozapine can reduce violence and persistent aggression in patients with schizophrenia and other psychiatric

		<p>studies and 22 retrospective studies, with four case studies. Considerable evidence in support of clozapine's ability to reduce violent and aggressive behaviour was founded. Clozapine's anti-aggressive effect was most commonly explored in patients with schizophrenia, with less evidence available for other psychiatric disorders, including borderline personality disorder, autistic spectrum disorders, posttraumatic stress disorder, bipolar disorder and learning disability. There was mixed evidence to address the question of whether or not clozapine was any more effective than other antipsychotics. In the case of schizophrenia, there was evidence to suggest that clozapine's anti-aggressive effect was more marked particularly in those with treatment-resistant illness. Its anti-aggressive effects appeared to be 'specific', Being to some extent greater than both its more general antipsychotic and sedative effects.</p>	<p>disorders. It may offer an advantage over other antipsychotics, although perhaps exclusively in the case of traditionally defined 'treatment resistance' or more broadly defined 'complex cases' with co-morbidity. Larger, randomized, blinded, controlled studies with robust characterization of participants, and standardized measures of violence and aggression are, however, needed to fully understand this link and explore the possible mechanisms</p>
--	--	---	--

<p>Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis</p>	<p>Jones et al.2011</p>	<p>Ten eligible trials (489 participants) were identified A pooled analysis showed an overall significant reduction in the frequency/severity of aggressive behaviour (standardised mean difference (SMD) =71.02, 95% CI 71.54 to 70.50), although heterogeneity was high (I2 = 84.7%). When analysed by drug type, significant effects were found in the pooled analysis of three phenytoin trials (SMD =71.34, 95% CI 72.16 to 70.52), one lithium trial (SMD =70.81, 95% CI 71.35 to 70.28), and two oxcarbazepine/carbamazepine trials (SMD =71.20, 95% CI 71.83 to 70.56). However, when the results of only those studies that had a low risk of bias were pooled (347 participants), there was no significant reduction in aggression (SMD =70.28, 95% CI 70.73 to 0.17, I2 = 71.4%).</p>	<p>There is evidence that mood stabilisers as a group are significantly better than placebo in reducing aggressive behaviour, but not all mood stabilisers appear to share this effect. There is evidence of efficacy for carbamazepine/oxcarbazepine, phenytoin and lithium. Many studies, however, were at risk of bias and so further randomised controlled trials are recommended.</p>
<p>Systematic Reviews of Assessment Measures and</p>	<p>Zeller & Rhoades.2010</p>	<p>The literature search identified 13 scales used to assess the severity of agitation across multiple patient</p>	<p>Agitation is a common behavioral emergency that may require pharmacotherapy. The management of</p>

<p>Pharmacologic Treatments for Agitation</p>		<p>populations; only 3 of these reports involved the prediction of aggression/violence in patients with agitation, and 1 involved prediction of the need for medication. Thirty-one clinical trials of pharmacotherapy for agitation were identified by the literature search. Based on their results, orally administered olanzapine, risperidone, aripiprazole, quetiapine, haloperidol, and lorazepam; intramuscularly administered olanzapine, lorazepam, ziprasidone, haloperidol, aripiprazole, midazolam, and droperidol; and intravenously administered droperidol and lorazepam were effective for the treatment of agitation. The intramuscular route of administration was associated with a more rapid onset of action compared with the oral route (eg, for olanzapine, 30 minutes vs 1 hour, respectively).</p>	<p>agitated patients may be improved through the use of easy-to-administer instruments that predict the need for medication and the availability of rapid-acting treatments that are well accepted by patients and health care professionals.</p>
---	--	---	---

risk assessment

<p>Violence risk assessment in psychiatric patients in China: A systematic review</p>	<p>Zhou et al. 2015</p>	<p>A total of 30 primary studies were identified that investigated aggression or violence; 6 reported on tools assessing aggression while an additional 24 studies reported on structured instruments designed to predict violence.</p> <p>Although measures of reliability were typically good, estimates of predictive validity were mostly in the range of poor to moderate, with only 1 study finding good validity. These estimates were typically lower than that found in previous work for Western samples. There is currently little evidence to support the use of current violence risk assessment instruments in psychiatric patients in China.</p>	<p>Developing more accurate and scalable approaches are research priorities.</p>
<p>A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002–8</p>	<p>Whittington et al. 2013</p>	<p>959 studies are included.</p> <p>Most studies (83%) assessed violence outcomes using a scale score (51%) or official data such as reconviction rates (32%).</p> <p>In terms of crude predictive validity, most studies (78%) reported a statistically significant ($p < 0.05$) relationship between the</p>	<p>Very large number of studies examining the relationship between a structured instrument and a violent outcome were published in this relatively short 7-year period. The general quality of the literature is weak in places and a vast range of distinct instruments have been tested to varying degrees. However, there is evidence of some convergence</p>

		<p>instrument score and a violent outcome. Only three variables were associated with the tendency to report such a relationship: prospective data collection ($\chi^2 = 4.4$, $p = 0.035$), number of people recruited ($U = 27.8$, $p = 0.012$) and number of participants at end point ($U = 26.9$, $p = 0.04$). With only three relevant variables (including two which were not independent), no multivariate analysis of The mean AUC value in the subset of studies reporting such values ($n = 65$) was 0.69 [standard deviation (SD) = 0.08] and AUC values ranged from 0.44 to 0.88.</p> <p>For those instruments tested in more than one study reporting AUC values, the Brosset Violence Checklist achieved the highest mean AUC value (0.81), albeit over a very short (24-hour) period. For those instruments tested in five or more studies reporting AUC values, the relative AUC values were as follows: General Statistical Information on Recidivism (0.73);</p>	<p>around a small number of high-performing instruments and identification of the components of a high-quality evaluation approach, including AUC analysis. The upper limits ($AUC \geq 0.85$) of instrument-based prediction have probably been achieved and are unlikely to be exceeded using instruments alone.</p>
--	--	---	---

		<p>Violence Risk Appraisal Guide (0.72); Sex Offender Risk Appraisal Guide (0.71); Level of Service Inventory (0.69); Psychopathy Checklist-Revised (0.69); Historical-Clinical-Risk Management-20 (0.69); Psychopathy Checklist Screening Version (0.68); STATIC-99 (0.66); and Rapid Risk Assessment for Sexual Offender Recidivism (0.64).</p>	
Restraint and Seclusion			
<p>Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units</p>	<p>Mary E. Johnson. 2010</p>	<p>Forty-six papers are included in this review. Despite the cited methodological concerns, there is enough evidence to support the conclusion that efforts that are focused only on restraint/seclusion reduction seem to be more effective than efforts that are focused only on aggression/violence reduction. Since the use of containment methods are linked with aggression and violence, one can further conclude that efforts to change practices on inpatient units must focus on both aggression and</p>	<p>A major recommendation is for clinicians and researchers to build upon the existing knowledge to design programs that have sufficient consistency to enable replication, but are complex and flexible enough to address the needs of inpatient staff.</p>

		violence and the use of restraint and seclusion.	
A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments	Nelstrop et al. 2006	<p>Thirty-six eligible studies were identified. However, none were randomised controlled trials.</p> <p>Most of the included studies had many limitations, such as small sample sizes, confounders not adequately accounted for, potential selection bias, poorly reported results, and lack of clarity as to whether mechanical restraints were used. This review must therefore be viewed as a mapping exercise, which illustrates the range and quality of studies that have been undertaken in this area to date.</p>	<p>Insufficient evidence is available to determine whether seclusion and restraint are safe and/or effective interventions for the short-term management of disturbed/ violent behaviour in adult psychiatric inpatient settings. These interventions should therefore be used with caution and only as a last resort once other methods of calming a situation and/or service user have failed</p>
Others interventions			
Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients	Hallett et al. 2014	<p>The search strategy yielded 37 empirical papers for inclusion in the review. The results from included studies were synthesized into a narrative review guided by thematic analysis. Important themes related to patient factors, care staff factors, and organizational and environmental factors, are identified.</p>	<p>The narrative review can provide the basis for an empirically based, descriptive, middle range theory of attitudes to violence prevention.</p> <p>However, further theoretical and empirical development is required to link conceptual developments from the current review to models that explain the role of perception in behavior in general</p>

			<p>and violence prevention behavior specifically.</p> <p>Future work should develop methods to measure the violence prevention climate in psychiatric settings and interventions to increase preventive behaviors.</p>
<p>Aggression in psychiatry wards: A systematic review</p>	<p>Cornaggia et al. 2011</p>	<p>The variables that were most frequently associated with aggression or violence in the 66 identified studies of unselected psychiatric populations were the existence of previous episodes, the presence of impulsiveness/hostility, a longer period of hospitalisation, non-voluntary admission, and aggressor and victim of the same gender; weaker evidence indicated alcohol/drug misuse, a diagnosis of psychosis, a younger age and the risk of suicide. Alcohol/drug misuse, hostility, paranoid thoughts and acute psychosis were the factors most frequently involved in 12 studies of psychotic patients.</p> <p>Harmony among staff (a good working climate) seems to be more useful in preventing aggression than some of the other strategies</p>	<p>There is a particular need for an appropriate number of nurses, a non-overcrowded setting, and nurses' training: in other words, the importance of context (and a "good ward climate") in dealing with aggressiveness.</p>

		used in psychiatric wards, such as the presence of male nurses.	
Interventions for Preventing and Managing Aggressive Patients Admitted to an Acute Hospital Setting: A Systematic Review	Kynoch et al. 2011	Ten studies met the inclusion criteria and were included in the review. The evidence identified from the studies includes: the benefit of education and training of acute care nurses in aggression management techniques; use of “as required” medications is effective in minimising harm to patients and staff; and that specific interventions such as physical restraint may play a role in managing aggressive behaviours from patients in the acute care setting.	This review makes several recommendations for the prevention and management of aggressive behaviours in acute hospital patients. However, due to the lack of high-quality studies conducted in the acute care setting there is huge scope for future research in this area.
Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review	Hage et al. 2009	A systematic search of PubMed, Cinahl, PsychINFO and Cochrane Systematic Reviews (1991–2007) was employed. The risk factors for aggressive behaviour comprise personal and environmental risk factors. Some risk factors can be influenced by nursing intervention strategies. Available intervention programmes range from interpersonal skills training to	There is a need for specific nursing intervention programmes to deal with aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings.

		<p>massage therapy, parent management training, functional family therapy and multi-systemic therapy. The most effective programmes combine interpersonal skills training with parent management training. No specific nursing intervention programmes were found for dealing with aggressive behaviour in adolescent patients. Nursing staff can assist in achieving a systematic improvement in the treatment outcomes of existing intervention programmes for the prevention of aggression.</p>	
<p>Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies</p>	<p>Gudde et al.2015.</p>	<p>5,566 records were reviewed and only 13 studies included (ten qualitative and three mixed methods). Service users recognized that both their own mental state and negative aspects of the treatment environment affected the development of aggressive situations. Themes were derived from experiential knowledge and included calls to be involved in questions regarding how to define</p>	<p>The findings highlight the importance of staffs' knowledge and skills in communication for developing relationships based on sensitivity, respect, and collaboration with service users in order to prevent aggressive situations. An important factor is a treatment environment with opportunities for meaningful activities and a preponderance of trained staff who work continuously on the development</p>

		aggression and relevant triggers, and how to prevent aggressive encounters effectively.	of conditions and skills for collaborative interaction with users.
Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review	Needham. et al. 2005	The electronic search produced 6616 articles. After application of the inclusion and exclusion criteria, 25 texts from eight countries and four domains of nursing remained. Twenty-eight main effects were found, and these were categorized using a system suggested by Lanza and including bio-physiological, emotional, cognitive, and social dimensions. The predominant responses were anger, fear or anxiety, post-traumatic stress disorder symptoms, guilt, self-blame, and shame. These main effects occurred across most countries and nursing domains.	Despite differing countries, cultures, research designs and settings, nurses' responses to patient aggression are similar. Standardized questionnaires could help improve estimations of the real prevalence of non-somatic effects. Given the suffering caused by non-somatic effects, research should be aimed at preventing patient aggression and at developing better ways to prepare nurses to cope with this problem.
A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff	Edward et al. 2015	A total of 1571 papers were screened. 14 were selected for analysis. A higher proportion of female nurses than male nurses were reported to be the victims of verbal abuse, with the difference in proportions being statistically significant. A statistically	The analysis reveal female nurses have greater odds of verbal abuse than male nurses and male nurses have greater odds of physical abuse than female nurses. Overall mental health nurses had three times higher odds of physical assault than other nurses.

		<p>significant higher proportion of male nurses than female nurses were reported to be the victims of physical abuse. There was a significantly higher proportion of mental health nurses reported experiencing physical abuse as compared to non-mental health nurses.</p>	
--	--	---	--