



RECHERCHE ET
ÉVALUATION

Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques : DASA fr.



Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques : DASA fr.



Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques : DASA fr.

Caroline Larue, Ph.D., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UDM), chercheuse régulière au Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS) et au Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ).

Alexandre Dumais, M.D., Ph.D, psychiatre à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, chercheur postdoctoral à l'Université McGill.

Cécile Michaud, inf., Ph.D., professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, chercheuse régulière au GRIISIQ.



Centre d'étude sur les
mesures de contrôle
en santé mentale
prevenirautrement.ca

Le contenu du présent rapport n'engage que la responsabilité des chercheurs.

Conception graphique de la page couverture : Service des communications, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Dépôt légal — Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2012

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives du Canada, 2012

ISBN...

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012

Tous droits réservés

Distribué par le centre de documentation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : 514 251-4000 poste 2964 Télécopieur : 514 251-0270

Web : HYPERLINK « <http://www.hlhl.qc.ca> » www.hlhl.qc.ca

Courriel : bibliotheque.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Collaborateurs :

Sylvie Lussier, inf., B.Sc., Hôpital Louis-H. Lafontaine, assistante Infirmière-chef de l'unité des soins intensifs.

Alexandre Benoît, inf., M.Sc., Hôpital Louis-H. Lafontaine, conseiller clinicien en soins infirmiers.

Marie-Hélène Goulet, inf., M.A., doctorante en sciences infirmières (UDM).

Nathalie Baba, Étudiante à la maîtrise en anthropologie (UDM), coordonnatrice du Centre d'études sur les mesures de contrôle.

Coordonnateur de recherche : Yves Leblanc

Stagiaires de recherche (Université de Montréal) :

Romania Basalski	Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
------------------	---

Remerciements

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution de plusieurs personnes auxquelles nous tenons à rendre hommage. En premier lieu, c'est envers le GRIISIQ et le CRFS qui offrent les conditions matérielles et le soutien moral propices au développement de la recherche que nous exprimons notre reconnaissance. Nous soulignons l'appui indispensable de Mme Geneviève Ménard, directrice des soins infirmiers, de M. Alexandre Benoit alors clinicien qui a initié le projet, de Mme Sylvie Carrière, de Mme Sylvie Lussier et de Mme Denise Desrochers, respectivement infirmière-chef, assistante-infirmière chef et infirmière à l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à toute l'équipe de l'unité de soins qui a contribué à l'avancement des connaissances en collaborant à l'implantation et à l'évaluation de la grille DASA fr.

Résumé

Les motifs conduisant à la mise en isolement de patients psychiatriques sont appuyés par des données objectives, mais le sens accordé à l'agitation ou à l'agressivité ne fait pas toujours consensus entre les soignants (Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010). Ce constat a également été identifié à l'unité des soins intensifs (USI) de l'Hôpital Louis-H, Lafontaine (HLHL), lors d'une étude visant à déterminer les besoins de formation en matière de gestion des comportements agressifs (Ahern, Larue, & Ricard, 2010). Pourtant, avec l'entrée en vigueur de la Loi 90 en janvier 2003, les responsabilités et les compétences des infirmières en matière d'évaluation de la condition physique et mentale sont rehaussées. En lien avec cette loi, il est nécessaire d'effectuer une surveillance optimale des signes précurseurs à l'agression afin d'intervenir auprès de la clientèle au moment opportun en fonction des meilleures pratiques. Ce projet de recherche évaluative avait pour but d'analyser les bénéfices de l'utilisation d'une grille de détection précoce du comportement agressif (DASA.fr) dans une unité de soins d'un hôpital psychiatrique. Il vise à : 1) estimer l'amélioration de la cohérence, de la rigueur de l'évaluation de l'équipe des soignants et de la qualité de vie au travail ; 2) évaluer l'amélioration de la qualité des soins par la prévention des mises en isolement, la réduction de la durée et de la fréquence des mises en isolement. Pour ce faire, des rencontres de groupe et un questionnaire autoadministré aux intervenants (n = 30) ont été complétés; la saisie des protocoles isolement-contention et de la grille DASA fr. a été effectuée au temps 1, soit avant l'implantation de la grille, au temps 2 et 3, respectivement trois mois et six mois après l'implantation de la grille DASA fr. Les résultats ne montrent pas de différence significative pour la fréquence de l'isolement et de la contention. En revanche, la DASA fr. apparaît comme un outil pertinent pour déclencher un dialogue entre les intervenants sur la compréhension de l'agressivité. À notre connaissance, aucune étude n'a abordé l'étude d'une grille de détection précoce des comportements

agressifs non seulement sous l'angle de sa capacité prédictive, mais aussi sous l'angle de sa pertinence clinique.

Table des matières

Contributions.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	5
Table des matières.....	6
Liste des tableaux.....	7
Liste des abréviations.....	7
Problématique.....	8
Recension des écrits.....	10
But et objectifs.....	13
Méthode.....	14
<i>Devis de recherche.....</i>	14
<i>Phases de l'étude.....</i>	14
<i>Milieu et échantillon.....</i>	15
Collecte et analyse de données.....	16
Résultats.....	17
<i>Perception du comportement agressif.....</i>	21
<i>Perception du stress et collaboration.....</i>	24
<i>Perception de l'utilité de la grille.....</i>	28
<i>Validité prédictive de la DASA fr.....</i>	29
Discussion.....	31
Limites de l'étude.....	34
Retombées de l'étude.....	35
Bibliographie.....	36
Annexe 1	
<i>Calendrier des activités.....</i>	40
Annexe 2	
<i>Questionnaire aux intervenants.....</i>	42
Annexe 3	
<i>Extrait de l'entrevue de groupe focalisé provisoire.....</i>	46
Annexe 4	
<i>Protocole informatisé.....</i>	48
Annexe 5	
<i>Grille Projet DASA fr.....</i>	49
Annexe 6	
<i>Compilation des commentaires au questionnaire structuré lors d'un entretien en face à face auprès de 16 intervenants à propos de l'utilité de la grille DASA fr.....</i>	51

Liste des tableaux inclus dans le texte principal

Tableau 1 :	Évolution de la durée des IC pour les trois phases.....	20
Tableau 2 :	La compréhension du comportement agressif et les facteurs énoncés qui interviennent dans la perception de l'agressivité dans les focus group.....	23
Tableau 3 :	Le degré de stress des intervenants.....	24
Tableau 4 :	Facteurs qui interviennent dans la collaboration entre collègues lors d'une situation à risque de violence.....	26
Tableau 5 :	L'utilité de la grille DASA fr.....	28
Tableau 6 :	Validité prédictive de la DASA fr.....	30

Liste des abréviations

PIC	Protocole d'isolement avec ou sans contention
IC	Isolement-contention
HLHL	Hôpital Louis-H. Lafontaine
DASA fr.	Dynamic Apraisal of Situational Agression (version française)

Problématique de la recherche et retombées attendues

Une étude effectuée dans deux établissements psychiatriques d'envergure a montré à la suite des entretiens menés auprès de 24 infirmières que les motifs conduisant à la mise en isolement de patients hospitalisés en psychiatrie étaient appuyés par des données objectives, mais que le sens accordé à l'agitation ou à l'agressivité ne faisait pas toujours consensus entre les soignants (Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010). Ce constat a également été identifié à l'unité des soins intensifs (USI) de l'Hôpital Louis-H, Lafontaine (HLHL), lors d'entrevues qualitatives (n = 17) visant à déterminer les besoins de formation en matière de gestion des comportements agressifs (Ahern, Larue, & Ricard, 2010). Lors de cette dernière étude, les intervenants ne faisaient pas toujours consensus quant aux interventions appropriées à effectuer lors de comportement agressif. Bien que des formations soient offertes aux infirmières pour les guider dans le processus d'évaluation d'une clientèle souffrant de troubles mentaux, peu d'information leur est fournie en matière d'évaluation du comportement agressif. Pourtant, avec l'entrée en vigueur de la Loi 90 en janvier 2003, trois activités spécifiques au champ de pratique de l'infirmière témoignent de leurs responsabilités et de leurs compétences en matière d'évaluation, notamment : 1) évaluer la condition physique et mentale d'une personne ; 2) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques ; et 3) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. En lien avec cette loi, il paraît important de parfaire les connaissances de l'infirmière afin de mieux l'outiller pour évaluer les comportements agressifs, pour effectuer une surveillance optimale des signes précurseurs à l'agression et pour intervenir auprès de la clientèle en fonction des meilleures pratiques.

Dans la lignée des études effectuées et de la volonté de réduire l'utilisation des mesures de contrôle, une équipe soignante de l'HLHL qui accueille des patients en crise ayant des comportements d'agressivité a entrepris une démarche pour choisir,

adapter et implanter une grille de détection du potentiel d'agression des patients (*Dynamic Apraisal of Situational Agression- DASA*). L'implantation de cette échelle dans le milieu clinique pourrait présenter différents avantages : soutien du jugement clinique infirmier et de la prise de décision clinique ; détection précoce des indices de comportement agressif et intervention adaptée ; amélioration de la communication entre les intervenants. Le projet clinique s'inscrit dans ce contexte et vise à évaluer les retombées de l'utilisation d'une grille de détection précoce du comportement agressif. À notre connaissance, au Québec, aucun instrument de détection précoce du comportement agressif n'est utilisé pour soutenir le jugement clinique de l'infirmière afin de détecter et prévenir l'escalade d'agitation et de comportements agressifs. Par conséquent, aucune étude n'a été effectuée sur les retombées potentielles de cet instrument sur la qualité des soins offerts aux usagers. La présente étude vise donc à connaître les effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif sur l'utilisation de mesures de contrôle.

Le projet clinique permettra de mettre en relation les retombées de l'utilisation d'un outil d'évaluation infirmier sur l'amélioration des soins aux usagers. Un tel projet pourra conduire à la promotion de pratiques exemplaires et d'interventions appropriées devant une manifestation de comportement agressif. Le contexte de la loi 90 et les recommandations ministérielles (MSSS, 2002) qui favorisent la réduction des mesures de contrôle invitent les chercheurs à la mise au point d'interventions infirmières rigoureuses dont la pertinence et l'efficacité pourront être démontrées.

Recension des écrits

Le risque d'agression en milieu psychiatrique est un problème clinique et administratif majeur (Arshad, Oxley, Watts, Davenport, & Sermin, 2000) qui occasionne des effets néfastes pour les intervenants et les usagers lorsque des mesures ultimes d'isolement doivent être utilisées (Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman, 2002 ; Holmes, Kennedy & Perron, 2004 ; Lazarus, 2001 ; Marangos-Frost & Wells, 2000 ; Steinert, Bergbauer, Schmid, & Gebhardt, 2007 ; Wilkniss, Hunter, & Silverstein, 2004). Dès les premières études sur l'évaluation du comportement agressif, certains auteurs (Tversky & Kahneman, 1974; Monahan, Steadman, Appelbaum, Banks, Grisso, Heilbrun, Mulvey, Roth & Silver, 2005) ont soulevé le fait que des erreurs sont fréquentes dans l'estimation du risque d'agression lorsque le jugement clinique n'est pas soutenu empiriquement alors que d'autres ont observé que la prévention et la gestion des comportements d'agression en milieu psychiatrique demeure une pratique variable d'un milieu à l'autre (Crocker, 2008). La revue de littérature proposée ici expose brièvement les outils d'évaluation structurée du risque de comportements agressifs ainsi que certains facteurs qui influencent les prises de décision et la qualité des soins aux usagers.

Concernant les outils, deux principales méthodes ont été développées : les méthodes actuarielles et les méthodes d'estimation clinique structurées. Parmi les méthodes actuarielles, le *Violence Risk Appraisal Guide* (Webster, Harris, Rice, Cormier & Quinsey, 1994) est l'instrument le mieux connu et le plus documenté. Malgré une bonne validité prédictive, cet outil possède une utilité limitée lorsqu'il s'agit de cibler un traitement ou une intervention qui pourrait réduire le risque d'agression ou encore d'identifier les dimensions importantes du risque incluant la nature, la gravité, la fréquence et l'imminence d'agression future (Ogloff & Daffern, 2006). Parmi les

méthodes d'estimation clinique structurées, le *HCR-20* (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) et le *Violence Risk Scale* (Wong & Gordon, 2006) sont les plus utilisés, mais ne permettent pas de déterminer comment les variables doivent être considérées ou mesurées par rapport aux autres. L'efficacité de ces outils n'a pas été validée pour une estimation du risque à court terme. Aussi, depuis les dix dernières années, deux nouveaux instruments d'évaluation du potentiel agressif à court terme basés sur des données probantes ont fait leur apparition : la Broset Violence Checklist (BVC) qui possède la capacité de prédire des agressions dans un intervalle de 24 h (Abderhalden, Needham, Miserez, Almvik, Dassen, Hauf & Fischer, 2004; Almvik, Woods & Rasmussen, 2000; Björkdahl, Olsson et Palmstierna, 2006; Woods, Ashley, Kayto & Heusdens, 2008) et la Dynamic Appraisal of Situational Agression (DASA) (Ogloff & Daffern, 2006) qui possède également une bonne capacité prédictive des risques d'agression (Daffern, Mayer & Martin, 2003; Daffern, Howells & Ogloff, 2006, Daffern & Howells, 2007; Barry-Walsh, Daffern, Duncan & Ogloff, 2009). La grille DASA a été retenue par les intervenants en raison de sa valeur prédictive de l'agression, mais surtout en raison de sa valeur clinique pour l'adoption d'interventions préventives lorsqu'un ou plusieurs comportements sont présents. Depuis son développement, la DASA fut validée auprès de patients souffrant de troubles de la personnalité en Grande-Bretagne (Daffern & Howells, 2007) et auprès de patients souffrant de troubles mentaux, de troubles de la personnalité ou de déficience intellectuelle en Nouvelle-Zélande (Barry-Walsh, Daffern, Duncan & Ogloff, 2009). Elle permet significativement de prédire les comportements agressifs et est maintenant utilisée dans les hôpitaux psychiatriques en Australie, en Nouvelle-Zélande, à Singapour et en Grande-Bretagne. C'est cette grille que nous retenons pour notre étude. La grille DASA liste sept comportements : de l'irritabilité à l'agression verbale. Ces comportements sont jugés présents (1) ou absents (0). Le score obtenu est ensuite soumis au jugement clinique de l'infirmière qui estime le risque léger, moyen ou élevé. Par la suite, l'équipe est amenée à déterminer des

interventions préventives.

Quant à l'identification des facteurs qui influencent les prises de décision et la qualité des soins aux usagers qui présentent des comportements agressifs, nous retenons, parmi ceux identifiés par Larue, Dumais, Ahern, Bernheim & Mailhot (2008), les facteurs associés à l'équipe et à l'environnement de soins. Selon Paterson et Duxbury (2007), un milieu où la culture de contrôle a préséance sur une culture de partenariat peut mener à des isolements punitifs plutôt que des isolements de protection. Enfin, Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker (2007) estiment que les intervenants ayant une attitude positive par rapport aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale ont une plus grande aisance à gérer leurs réactions émotionnelles et à adopter une attitude de collaboration auprès des usagers alors qu'à l'inverse, les intervenants ayant une attitude négative face aux problèmes de santé mentale sont moins habiles à gérer leurs réactions émotionnelles et, par conséquent, adoptent une attitude de contrôle menant plus rapidement aux mesures d'isolement. Enfin, un environnement où les intervenants ont une faible perception de stress dans le milieu de travail (Griffith, 2001) et où la collaboration entre intervenants est développée (Larue et al., 2009) contribue à réduire les tensions et les mesures ultimes d'isolement. C'est donc dans le contexte de la détection précoce des comportements agressifs (grille DASA) que se situe le projet clinique dont le but est d'évaluer les retombées de l'utilisation de la grille DASA fr. sur les attitudes des soignants et la qualité des soins aux usagers.

But et objectifs de la recherche

Ce projet de recherche évaluative a pour but d'analyser les bénéfices de l'utilisation d'une grille de détection précoce du comportement agressif (DASA fr.) dans une unité de soins d'un hôpital psychiatrique offrant des soins à une clientèle ayant des troubles graves du comportement.

Objectifs :

- Valider la version française de la DASA
- Estimer l'amélioration de la cohérence, de la rigueur de l'évaluation de l'équipe des soignants et de la qualité de vie au travail.
- Évaluer l'amélioration de la qualité des soins par la prévention des mises en isolement, la réduction de la durée et de la fréquence des mises en isolement.

Méthode

Devis de recherche retenu

Comme ce projet de recherche a pour but d'analyser les bénéfices de l'utilisation d'une grille de détection précoce du comportement agressif (DASA), le devis est descriptif avec observation successive au temps 1 (avant l'implantation), au temps 2 (après trois mois d'implantation) et au temps 3 (après 6 mois d'implantation). Le devis comprend des données qualitatives et quantitatives avant et durant l'implantation afin de présenter une vision plus complète d'un phénomène par l'intégration de différentes perspectives (Creswell, & Plano-Clark, 2007) et s'inscrit dans une perspective de partenariat entre chercheurs, cliniciens et gestionnaires.

Phases de l'étude

Cette étude s'est déroulée **en trois phases**. **La première phase** de pré-implantation de la DASA fr. (P1) s'est déroulée sur une période de trois mois où nous avons collecté des données sur les attitudes et la qualité de vie des intervenants. Durant cette période, le comité de recherche a présenté aux intervenants de tous les quarts de travail le devis de recherche et les formulaires de consentement, a préparé la formation DASA fr. et la stratégie de communication. **La deuxième phase** de formation-intégration (P2) s'est déroulée sur une période de quatre mois. Le premier mois a été consacré à la formation et à la compréhension commune des énoncés de la grille DASA fr. Par la suite, des réunions informelles mensuelles avec l'équipe soignante et des communications par un journal de recherche ont permis de poursuivre la réflexion sur l'interprétation des énoncés de la grille, de rappeler les objectifs de recherche et de soutenir l'utilisation de la grille DASA fr. **La troisième phase** d'intégration (P3) s'est déroulée sur une période de trois mois. Nous avons récolté des données sur les attitudes et la qualité de vie au travail des intervenants et présenté les résultats obtenus aux intervenants de tous les quarts de travail. Durant cette période, les chercheurs ont réduit leur soutien à l'équipe. Tout au long du projet,

les données informatisées concernant l'âge, le sexe, le diagnostic des patients admis, le nombre d'IC et les données des grilles DASA fr. ont été compilées.

Description du milieu et de l'échantillon

L'étude s'est déroulée dans une unité de soins d'un hôpital psychiatrique. Le choix de cette unité s'est imposé du fait qu'elle est reconnue comme étant un lieu propice au développement de l'expertise en prévention et gestion des agressions (Ryan & Bowers, 2005). De plus, l'équipe soignante a manifesté un intérêt marqué pour l'avancement des savoirs en sciences infirmières et l'unité présente une incidence d'épisode d'isolement élevée (564 épisodes IC pour l'année 2009 selon le fichier protocole IC). Les usagers hospitalisés dans cette unité ont un problème de santé mentale aigu associé à une désorganisation majeure du comportement. La clientèle de cette unité provient d'un des sept programmes de l'hôpital ou encore est référée par des organismes régionaux et suprarégionaux. L'unité peut accueillir jusqu'à 15 patients qui ont séjourné en moyenne 40.79 jours pour l'année 2008-2009. **Deux populations ont été sollicitées** : les membres de l'équipe soignante et les patients. Tous les membres de l'équipe soignante qui ont un poste à temps complet ou à temps partiel ou un remplacement équivalent à un poste au moins à temps partiel à l'unité ont été recrutés (n = 27). Il s'agit de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières. La grande majorité d'entre eux sont des infirmières (n=18). Ce sont elles qui partagent avec les psychiatres la responsabilité de la mise en IC. L'échantillon des patients comprend tous ceux admis sur l'unité, dès la période de pré-implantation de la grille DASA fr. (juillet/août/septembre 2010) jusqu'à la fin de la période d'implantation (mars 2011).

Collecte et analyse des données

Outil de collecte de données

Les outils de collecte de donnée retenus pour documenter **la qualité de vie au travail de l'équipe soignante** sont un questionnaire auto-administré aux intervenants, un entretien individuel sur l'utilité de la grille et une grille d'animation d'un entretien de groupe.

Le questionnaire auto-administré aux intervenants (annexe 2) est constitué de trois sous-échelles. La première a mesuré la perception des comportements agressifs par le personnel soignant à partir d'une version simplifiée du questionnaire « *Perception of Agression Scale* » (POAS) (Abderhalden, Needham, Friedli, Poelmans & Dassen, 2002). Il comprend douze items évalués par une échelle de Likert en cinq points. L'analyse factorielle a révélé une structure stable à 2 facteurs : l'agressivité est perçue soit dysfonctionnelle, indésirable ou bien l'agressivité est perçue fonctionnelle, compréhensible. L'instrument adapté en français a été validé (De Benedicits et al., 2012). La deuxième échelle a mesuré le niveau de stress en utilisant une version abrégée du questionnaire original de 49 items « *Mesure de stress psychologique* » (MSP) (Lemyre et Tessier, 2003). La version abrégée, en langue française, le MSP9, comprend 9 items sur les aspects somatiques, comportementaux, cognitifs et affectifs de l'état psychologique d'être stressé. Cette dernière version démontre une consistance interne de 0,89. La troisième échelle a mesuré l'intensité de la collaboration des intervenants entre eux en adaptant le QICI développé par Sicotte, D'Amour et Moreault (2002). Il comprend trois dimensions : partage des activités de soins (10 items), coordination interprofessionnelle (7 items) et niveau de conflit associé à la collaboration (7 items). Pour les deux premières dimensions, l'étude effectuée auprès de 343 répondants a permis d'obtenir une consistance interne variant entre 0,82 et 0,91. Concernant le niveau de conflit associé à la collaboration, les 9

items présentent un coefficient de consistance interne de 0,83.

Les entretiens de groupe de 60 minutes ont été réalisés à la phase 1 et à la phase 3 de l'étude et les rencontres ont été enregistrées. L'entretien de groupe focalisé (annexe 3) a inclus les thèmes suivants :

- Le retour à partir des questionnaires individuels complétés sur la compréhension du comportement agressif ;
- L'utilité perçue à l'introduction de la grille DASA fr.

Un entretien individuel sur l'utilité de la grille DASA fr. a été conduit au début de la P3 par un interviewer indépendant de l'équipe de recherche à partir d'un questionnaire structuré autour de trois thèmes : la perception de pertinence, l'utilité et la clarté de la grille DASA fr. Cet entretien durait tout au plus 30 minutes et n'a pas été enregistré. Des notes manuscrites ont été effectuées au moment même de l'entretien.

Les outils de collecte de données retenus pour *documenter la qualité des soins* sont :

- **Une grille du nombre, de la durée des IC et de la durée de séjour à l'USI :** ces données ont été recueillies à partir des données administratives qui proviennent du service des archives (durée de séjour) et du protocole informatisé IC (heures et durées d'isolement).
- **Une grille de qualification du comportement et des interventions utilisées menant ou non à une mise en isolement à partir des données des grilles DASA fr.**

Le protocole informatisé IC est un document signé par l'infirmière responsable du début de l'application de la mesure. Le formulaire se divise en neuf sections (annexe 4). Pour la plupart des sections, il est possible de cocher « autres » et d'indiquer des commentaires. La première section *Facteurs de risque* propose six comportements qui appuient la décision d'isolement (de l'agitation au comportement suicidaire). La

troisième section *Mesures de remplacement tentées* offre dix interventions possibles effectuées par les soignants pour éviter l'isolement.

La grille DASA fr. adaptée par une équipe d'experts comprenant des chercheurs et des cliniciens de l'USI est inspirée de l'échelle *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA) (annexe 5). Elle est constituée de trois sections. Les deux premières sections décrivent sept comportements susceptibles de mener à une situation d'agression et s'il y a agression, 5 types spécifiques d'agression. Enfin, la troisième section propose quatre interventions effectuées en relation avec le type de comportement du patient et l'inscription de la mesure de contrôle utilisée (isolement avec ou sans contention) si le patient a été placé en isolement. Chacun de ces comportements et types d'agressions est évalué, à chaque fin de quart de travail sur une échelle dichotomique : 0 : absence du comportement et 1 : présence du comportement.

Stratégie d'analyse des données

La qualité de vie au travail et l'évaluation de l'équipe des soignants quant aux comportements agressifs sont décrites en utilisant des fréquences suite à la compilation des questionnaires auto-administrés au temps 1 (avant l'implantation) et au temps 3 (après l'implantation).

Chacune des entrevues de groupe focalisé sera décrite par une analyse classique de contenu : recherche de segment significatif, codification préliminaire et codification émergente, entente interjuge sur la classification (Miles & Huberman, 2003). Les réponses obtenues qui correspondent à des items du questionnaire seront mises en relation et permettront un approfondissement de la signification des concepts. La comparaison des concepts développés aux entrevues de la P1 et de la P3 qui explorent d'autres volets que ceux du questionnaire seront comparés selon des indices

textuels qui expriment un changement. Les résultats du questionnaire et des entretiens de groupe ont été présentés aux soignants (n=21) qui en ont confirmé la véracité. Enfin, le matériel recueilli lors des réunions informelles de l'équipe de soins durant la P2 ainsi que le journal de bord a été relu et utilisé pour enrichir la discussion. Concernant l'entretien individuel, un tableau descriptif a été réalisé à l'aide des notes manuscrites de l'intervieweuse suivant les questions du questionnaire structuré.

En ce qui concerne la qualité des soins (nombre, durée IC, durée de séjour, comportements et interventions du protocole IC à la P1, P2 et P3; informations de la grille DASA fr. à la P2 et P3), les moyennes ont été comparées et l'hypothèse suivante a été vérifiée à l'aide de tests statistiques (Khi carré, ANOVA) : le nombre d'IC, la durée des isolements entre la P1 et la P3 diminueront. Enfin, **la validité prédictive de la grille** a été examinée par des analyses ROC.

Considérations éthiques

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du Centre de recherche Fernand-Seguin. Les soignants qui ont accepté de remplir le questionnaire et de participer aux entretiens de groupe ont signé un formulaire de consentement. Le directeur des services professionnels a approuvé l'utilisation de données administratives (protocole IC) (annexe 6).

Résultats

Évolution de la durée des IC pour les trois phases

Durant la période de l'étude (10 mois), 114 patients différents ont été admis. La durée moyenne de séjour de ces patients était de 34 jours (1 à 172 jours). Ces patients étaient surtout des hommes (59,6 %) et l'âge moyen était de 37,2 ans (18 à 69 ans). Les principaux diagnostics des personnes admises sont un psychotique (36,8%), un trouble bipolaire (28,9 %), schizo-affectif (19,3 %), dépressif (6,1 %) ou autres (8,8 %). De ce nombre, 74 (64,9 %) patients ont subi une mesure d'isolement-contention. Durant la période de l'étude, trois rapports d'accident de travail ont été effectués en relation avec une agression et deux autres en relation avec la maîtrise physique d'un patient. Ces évènements n'ont pas été accompagnés d'arrêt de travail (ressources humaines). Durant la phase 1, 28 des 44 patients (63,6 %) ont subi au moins une mesure d'IC, la durée moyenne de l'isolement était de 35 heures et la durée moyenne de la contention était de 6,5 heures ; durant la phase 2, 24 patients sur 49 (49,0 %) ont subi au moins une mesure d'IC, la durée moyenne de l'isolement était de 55 heures et la durée moyenne de la contention était de 4,8 heures ; et, en phase 3, 26 patients sur 37 (70,3 %) ont subi au moins une mesure d'IC, la durée moyenne de l'isolement était de 43,4 heures et la durée moyenne de la contention était de 3,7 heures (voir tableau 1). Aucune différence significative n'a été observée quant à la fréquence d'isolement : ($\chi^2(1) = 308, p = 857$), la durée de l'isolement et la durée de la contention pour les trois phases de l'étude.

Tableau 1 : Évolution de la durée des IC pour les trois phases

Phase ¹	Phase 1 (n=44)	Phase 2 (n=49)	Phase 3 (n=37)
Patient ayant subi une mesure d'isolement	28	24	26
Durée moyenne de l'isolement (heures)	35	55	43,4

Durée moyenne de la contention (heures)	6,5	4,8	3,7
---	-----	-----	-----

¹Le nombre total de patients est plus élevé que 114 patients différents. En fait, nous comptons les patients présents sur l'unité de soins à chacune des phases. Certains d'entre eux (n=17) ont chevauché deux phases ou bien ont été admis une deuxième fois dans une phase antérieure.

Évolution des attitudes et de la qualité de vie au travail des intervenants

Avant l'implantation de la DASA fr., 15 intervenants ont répondu au questionnaire et 13 ont participé aux entretiens de groupe alors qu'après l'implantation de la DASAfr., 10 ont répondu aux questionnaires et 16 ont participé au focus group. Les intervenants qui ont répondu avant l'implantation de la grille et 6 mois après son implantation ne sont pas tous les mêmes : certains ont obtenu des postes ailleurs, d'autres étaient en congé maladie ou encore en vacances. Les données renvoient tout de même une image des attitudes de l'équipe soignante avant et 6 mois après l'implantation. Lors des trois rencontres informelles, nous avons rencontré 6 intervenants à chaque fois. Au total, la quasi-totalité des intervenants a été rencontrée pour les focus-group. Par contre, le nombre de sujets qui a répondu aux questionnaires est insuffisant pour procéder à des analyses statistiques de sorte que nous ne tiendrons pas compte de ces résultats. Seules les données provenant des focus group en P1 et en P3 pour chacune des échelles de mesure sont présentées.

❖ Perception du comportement agressif

Concernant la compréhension du comportement agressif, les intervenants ont exprimé des idées semblables à la phase 1 et à la phase 3 de l'étude. Les intervenants de cette unité ont davantage exprimé une perception négative de l'agressivité où celle-ci sert aux patients à prendre le contrôle et à dominer les intervenants : « ... *il y a toujours une question de contrôle...* » (P3); « *le patient se dit que les intervenants vont avoir peur... et qu'ils vont donner aux patients ce qu'ils veulent* » (P1) plutôt qu'une perception positive où l'agressivité sert à exprimer la souffrance et la peur ou sert à se défendre et à se protéger : « *L'expression d'une souffrance, quelque chose qui ne va*

*pas, il y a quelque chose derrière » (P1) ; « sa façon de se défendre, de dire je n'aime pas ce que vous me faites » (P1). Les intervenants ont surtout discuté des facteurs qui interviennent dans leur perception de l'agressivité (tableau 2). La cible de l'agressivité, la capacité à identifier des indicateurs, le vécu et le degré de tolérance des intervenants influencent la perception de l'agressivité ou de la violence des intervenants. L'agressivité ou la violence est plus acceptable lorsqu'elle est dirigée vers un objet « *Quelqu'un qui cogne dans un mur, ce n'est pas la même chose que quelqu'un qui frappe son voisin ou un intervenant, c'est plus acceptable* » P1 ou lorsqu'elle s'explique par un état psychotique « *C'est moins acceptable de la part de quelqu'un qui a un trouble de comportement, de personnalité que de la part de quelqu'un qui est complètement en dehors de la réalité, qui est halluciné et qui fonce vers toi tout simplement parce que lui-même il a peur et il veut se défendre* » P1. La capacité à identifier des indicateurs du comportement agressif est aussi primordiale selon les intervenants. Les difficultés d'évaluation se présentent justement lorsque ces indicateurs sont peu distincts du comportement habituel de la personne. Par exemple, le client qui se frappe sur le mur, qui crie et qui a des comportements impulsifs chaque jour sera évalué comme étant à risque de violence ou comme une personne non à risque, mais ayant une structure de personnalité impulsive. Enfin, les intervenants ont considéré que leur vécu ainsi que leur degré de tolérance à l'agitation et à la revendication influent sur leur perception de l'agressivité comme en témoignent les deux verbatims suivants : « *Si on le prend personnel, on intervient, moins bien je pense* ». « *Des fois, ça peut être des gens qui sont revendicateurs et qui ne lâcheront pas. Les revendications, jusqu'à un certain point, c'est de l'agressivité parce que la personne revient constamment se présenter au poste. Comme on dit, il peut y avoir de l'agitation psychomotrice, mais les revendications constantes, ça peut être de l'agressivité aussi.* » P3.*

Tableau 2 : La compréhension du comportement agressif et les facteurs énoncés qui interviennent dans la perception de l'agressivité dans les entretiens de groupe.

<p>Facteurs reliés au comportement agressif</p>	<p><u>Acceptabilité dépend de la cible.</u> <i>« Quelqu'un qui cogne dans un mur, ce n'est pas la même chose que quelqu'un qui frappe son voisin ou un intervenant. » P1</i> <i>« Souvent un patient peut donner un bon coup de poing sur la table et deux minutes après il va s'excuser lorsqu'on va lui avoir reflété son comportement. Il va s'excuser et c'est fini » P3</i></p>
<p>Facteurs reliés à la personne qui a le comportement agressif</p>	<p><u>Acceptabilité plus grande de l'agressivité si le patient est psychotique plutôt que TPL, mais aussi plus insécurisant, car imprévisible. P1</u> Il est aussi noté l'inefficacité de l'isolement et de la contention pour réduire l'agressivité des TPL : <i>« Ce n'est pas parce que les gens sont malades qu'ils sont nécessairement agressifs. » P3</i> <u>Indicateurs du comportement agressif</u> <i>« Chez certaines personnes, juste le fait de hausser le ton, ça nous allume comme quoi ce n'est pas normal. Si la personne a un timbre de voix qui est tout le temps fort, on va se fier à d'autres signes pour interpréter ça comme de l'agressivité. Ça dépend des personnes. » P3</i> <u>Les antécédents de la personne</u> <i>« Le regard, la façon de circuler, la démarche anxieuse, le timbre de voix, le regard, le geste brusque » P1</i> <i>« pas évident quand les indicateurs ne sont pas clairs : Il y a des patients dont l'escalade est facile à voir, tandis qu'il y en a dont l'escalade, ce n'est pas évident. Il frappait dans les murs à tous les jours, il criait à tous les jours, il avait des comportements menaçant à tous les jours...c'est là que la problématique arrive. Ce n'est pas un client qui n'est pas connu, qui commence à escalader, c'est un client qui raccroche le téléphone à tous les jours quand il appelle ses parents, et on a l'impression qu'il va arracher la cabine. Là on a beau revenir là-dessus, lui expliquer que ça ne se fait pas, qu'il dérange les gens. Et la 7^e journée il sort de là et on ne fait plus attention, parce que là il vient d'appeler sa mère, that's it that's all, pis on passe à côté. Tout patient qui a un comportement de base imprévisible, c'est plus difficile. » P1</i> <i>« Parce que des fois, il peut sortir de la cabine téléphonique et...être bien enragé. Sur le coup, on éteint les feux. » P3</i></p>
<p>Facteurs reliés aux membres de l'équipe</p>	<p><u>Vécu et capacité d'introspection</u> <i>« Ça vient nous chercher dépendamment de ce qu'on a vécu dans notre vie antérieure. » P1</i> <i>« Il 'y a pas personne qui réagit de la même façon devant une situation. » P3</i> <i>« Moi, j'irais même plus loin que ça.....intervenir en santé mentale,ça commence par comment je me sens aussi à l'intérieur. Si je rentre le matin et pour x raison, j'ai vécu quelque chose avant de m'en venir..., alors je me dois de m'interroger : « Est-ce que ce matin, je suis en mesure d'intervenir et est-ce que j'ai la patience et la capacité pour être capable de désamorcer? ». Ça demande beaucoup de maturité,... beaucoup d'introspection, d'où l'importance de me mettre en position gagnante, c'est-à-dire, de partir avec moi-même et de dire : « Ce matin, est-ce que je vais être à la hauteur d'être capable de...? »</i> <i>« quand ça dérange, ça crée un malaise, ça fait peur aux autres, là ce n'est plus acceptable. » P1</i></p> <p><u>Degré de tolérance à l'agitation et à la revendication</u> <i>« Des fois, ça peut être des gens qui sont revendicateurs qui ne lâcheront pas. Les revendications, jusqu'à un certain point, c'est de l'agressivité parce que la personne revient constamment se présenter au poste. « Non, mais je vous avais demandé ça,</i></p>

<i>mais vous n'avez pas répondu ». Et elle revient constamment. Comme on dit, il peut y avoir de l'agitation psychomotrice, mais ça peut être de l'agressivité aussi. On tolère aussi beaucoup.» P3</i>
<u>Sexe des intervenants</u> <i>« ça aide d'être plus tolérants et de les laisser circuler davantage. Il y a moins d'hostilité (quand personnel masculin).» P3</i>

❖ Perception de stress et collaboration

Les intervenants ont exprimé des idées semblables sur la perception de stress à la phase 1 et à la phase 3 de l'étude. Ils ont d'abord expliqué que le stress est nécessaire pour se mettre en action, qu'il est quotidien dans une unité de soins intensifs psychiatriques et que la vigilance est nécessaire. Selon eux, les facteurs qui réduisent ce stress sont le travail d'équipe, la stabilité de l'équipe, sa propre compétence et celle d'autres membres de l'équipe et, enfin, l'environnement sécuritaire. À l'inverse, l'imprévisibilité du patient et l'instabilité de l'équipe occasionnent un stress accru. Les verbatims associés à ces catégories sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Le degré de stress des intervenants

Le stress est quotidien et routinier : la vigilance est nécessaire (P3 seulement)	<i>« C'est ce qu'on a quotidiennement. C'est très fréquent. C'est qu'on en vit beaucoup. On est très interpellés et de plus en plus par l'agressivité que se soit physique ou verbal.» «Je me demande des fois même si on a eu le temps de réaliser que c'était de l'agressivité qu'on gérait.» P3</i>
Je me sens en sécurité quand je travaille en équipe, que je suis vigilant et que j'ai les compétences nécessaires	<i>« se créé comme une sécurité de base : il faut je sois vigilant par rapport à comment les patients sont, aussi toute la démarche, le ton, et de me rappeler, par rapport à ce que mes compagnons et compagnes m'ont dit et ce qui a été dit au rapport, pour pouvoir avoir toujours une base.» P1 « On travaille tous ensemble, ... c'est sécurisant.» P3 « Il y a une genre de compétence qui s'est développée.» P3</i>
Je me sens insécure quand il y a de l'instabilité dans l'équipe, quand je manque de moyens ou de connaissances, quand les comportements sont imprévisibles	<i>« mais à un moment donné on est en manque d'outils, de moyens, on se frappe à un mur et on se vide aussi. Des fois je le désamorçais avec humour, je lui disais : eye t'as un beau sourire, t'es beau quand tu souris, là ça le désamorçait, mais ça ne marchait pas tout le temps ça. Pis des fois il y a d'autres affaires que j'essayais mais ça ne marchait pas.» P1 « Hier, j'ai dû intervenir entre deux clients. J'ai séparé deux personnes... Toujours à surveiller... Quand tu intervient, tu ne sais pas ce qui va se passer.» P3 « Si je travaille avec une équipe et je n'ai pas confiance à eux autres, c'est sûr que ma perception ne sera pas la même. Je ne me sentirai probablement pas en sécurité.» P1 « Quand on se retrouve avec la moitié du personnel parce que nos</i>

	<p>compagnons de travail sont partis à leur pause, à leur repas ou ils sont en intervention avec quelqu'un d'autre.» P3</p> <p>« l'instabilité complète qu'on a vécue dans les trois derniers mois : pas de médecin, pas de réunions, pas de communication, pas de suivi, pas de stabilité. C'est comme si on avançait dans la noirceur et on ne sait pas où mettre les pieds!» P1</p> <p>« si on se ramasse avec des gens qui ne sont pas habitués à venir sur l'unité, ça arrive des fois qu'on est quasiment tout seul de régulier. Dans ce temps-là, c'est pas mal moins sécurisant.» P3</p>
Le stress est salutaire pour se mettre en action	<p>« c'est stressant rentrer.... ne sait jamais qu'est-ce qui va se passer dans une journée. C'est sain. Il ne faut pas se laisser submerger. » P1</p> <p>« La maman, elle développe son oreille malgré elle. C'est le même principe.... Quand je vais travailler ailleurs..., c'est plus fort que moi, j'entends un bruit et je suis portée à me retourner rapidement et les gens autour nous regarde en disant : Elle travaille aux soins, elle, ça paraît...C'est un réflexe. » « C'est de la vigilance.» P3</p>
L'environnement sécuritaire atténue le stress (P3 seulement)	<p>« ...dans notre environnement, il manquait des affaires pour être plus sécuritaire, plus sécurisant, dans un milieu comme les soins intensifs. Il faut sécuriser les gens. On n'avait même pas de téléphone pour communiquer avec les agents de sécurité de l'extérieur, il y a un moment... C'est grave. On veut communiquer, on ne peut pas dépasser la porte et des fois on ne peut pas sortir de la porte. On veut avoir une communication de l'extérieur pendant qu'on est en dedans. C'est très important. On a pensé à ça. Moi, je trouve ça extraordinaire.» P3</p>

Concernant la perception de collaboration lors des entretiens de groupe, les intervenants se sont exprimé sur cinq facteurs qui facilitent cette collaboration lors d'une situation à risque de violence : le sentiment de confiance, le soutien de l'équipe médicale, le leadership des gestionnaires, le partage de responsabilité et la cohésion d'équipe. Le sentiment de confiance aux collègues se développe lorsque les collègues ont de l'expérience, ont une certaine connaissance du patient, comprennent le rôle de chacun et lorsque l'équipe est stable. Le leadership des gestionnaires et de l'équipe médicale est perçu comme étant un soutien essentiel et un moteur au changement. Aussi, les intervenants ont discuté plus positivement du partage des responsabilités et ont abordé plus concrètement la cohésion d'équipe en P3. Les énoncés concernant le partage des responsabilités étaient confus en P1 'Je ne dis pas que je n'ai jamais de rapport, ni que je ne suis jamais informé, mais.....j'ai donné le rapport à X, mais c'est Y qui me dit ce que je dois faire !' P1 et semblent clarifiés en P3 'Comme préposés, on est sur le plancher... si on observe quelque chose, on doit....aviser

l'infirmière pour qu'elle puisse intervenir. L'infirmière est le leader, mais nous, on reste en back-up. » P3. Enfin, les intervenants ont nommé ouvertement leur différence quant à la philosophie de soins dans une unité où le risque de comportement agressif est très présent en P3 : *'la perception qu'on a, c'est de laisser... le patient libre et s'il devient inadéquat, de le limiter, soit par l'isolement ou soit par des PRN ou quoi que se soit. Il y en a d'autres, ça va être l'inverse. Ils vont d'abord isoler le patient et s'il collabore bien, ils vont lui donner de plus en plus de privilèges. ... vous comprenez, c'est deux cultures très différentes'* P3 et identifié les défis que ces différences entraînent : *'.... c'est bien sûr qu'au niveau des plans de soins... la continuité est difficile.'*, *'Comment en arriver à une entente quand les deux parties tiennent leur bout ? C'est bien difficile.'* P3. Enfin, les intervenants se sont exprimé sur deux facteurs qui nuisent à la collaboration lors d'une situation à risque de comportement agressif : l'expression de l'agressivité entre collègues ou des collègues envers un utilisateur de service et le manque de temps pour intervenir précocement lorsque des indicateurs de comportement agressif sont présents.

Tableau 4 : Facteurs qui interviennent dans la collaboration entre collègues lors d'une situation à risque de violence

<p>Sentiment de confiance aux collègues engendré par l'expérience, la connaissance du patient, le rôle, la stabilité de l'équipe</p>	<p>« <i>Moi, je peux me sentir confiant avec mon patient, mais ma collègue, elle, ne se sent pas à l'aise. Il faut essayer de se mettre dans sa peau, de comprendre pourquoi elle ne se sent pas à l'aise, de l'écouter, et de voir qu'est-ce que je peux faire pour qu'elle se sente plus à l'aise. Parce que ce n'est pas juste de dire : tu ne te sens pas à l'aise avec mon patient, c'est ton problème, il faut que tout le monde se sente bien, sinon... On se met à risque.</i> » P1</p> <p>« <i>Être capable d'avoir confiance avec les gens avec qui je travaille. Ça c'est vraiment prioritaire. Quand je doute que je peux faire confiance à quelqu'un, là, ça devient stressant, c'est stressant.</i> » P3</p> <p>« <i>Quelqu'un qui est moins habitué dans le contexte des soins intensifs.</i> » P1</p> <p>« <i>Est-ce que j'ai déjà un lien? Si je suis à l'urgence et c'est le premier soir, j'ai pas de lien. J'arrive. Si j'ai un lien, ça fait une semaine..., j'ai des chances que mon intervention soit plus facile à désamorcer la crise.</i> » P3</p> <p>« <i>Souvent l'infirmière, pour un client qui est en manque de contrôle, est souvent prise avec la décision, à moins que moi j'arrive et je lui dise : là tu fais quelque chose parce que ça ne marche plus, ou quelqu'un d'autre qui vient lui dire. Mais on est souvent pris... on n'a pas beaucoup de support. Moi je vais plus loin que ça même, je me dis que même sortir un client de l'isolement devrait être une décision de groupe, pour que tout le monde soit au courant que tel client est détaché. On n'est au courant de rien.</i> » P1</p>
<p>La communication</p>	<p>« <i>Souvent les gens n'ont pas le temps de donner toute l'information donc....</i> » P1</p> <p>« <i>Ça demande une communication très judicieuse et tout, mais des fois, on n'a pas</i></p>

<p>entre les membres de l'équipe</p>	<p><i>le temps d'être au courant de tous les détails donc on regarde ça aller et on se dit : Ah! Mon Dieu, c'est encore présent cette idée de fuir.» P3</i></p> <p><i>« On a besoin de chacun de nous autres. C'est comme un orchestre, la flûte n'est pas plus importante que le piano et le piano n'est pas mieux que... Tout le monde est important dans l'équipe. Chacun a sa place et c'est nos forces à tout nous autres qui fait ça. » P3</i></p>
<p>La vision-philosophie du soin</p>	<p><i>« je sens souvent de la pression de la part de mon équipe. » P1,</i></p> <p><i>« la perception qu'on a nous autres, c'est de laisser plus le patient libre et s'il devient inadéquat, on va le limiter, soit par l'isolement ou soit par des PRN ou quoi que se soit. Il y en a d'autres, ça va être l'inverse. Ils vont isoler le patient et s'il collabore bien, ils vont lui donner de plus en plus de privilèges. Mais vous comprenez, c'est deux cultures très différentes, mais les deux sont valides. On voit les choses différemment », « ...si ils fonctionnent de façon B et nous, on fonctionne de façon A, c'est bien sûr qu'au niveau des plan de soins, que la continuité des soins est difficile. », « si on reçoit un patient qui arrive de l'urgence et qu'il a frappé 3-4 coups de poing sur la table, là on peut le laisser en observation, lui permettre de circuler et ne pas lui dire : Tu ne peux pas franchir la porte pendant au moins 24 heures parce qu'on veut t'observer. Je pense qu'en le voyant évoluer sur l'unité, en le regardant interagir avec les autres, on va voir s'il se contrôle et s'il garde un comportement acceptable. Plutôt que de faire l'inverse. Mais si la personne est arrivée et qu'ils ont barré la porte, des fois, ça peut faire des flammèches, ...du clivage. Comment en arriver à une entente quand les deux parties tiennent leur bout? C'est bien difficile.» P3</i></p>
<p>Partage des responsabilités - très en lien avec la communication</p>	<p><i>« Je ne dis pas que je n'ai jamais de rapport, ni que je ne suis jamais informé, mais il y a des affaires qui peuvent sauter. Mettons tu as donné le rapport à X, mais c'est Y qui me dit ok ce patient là, ce patient-là, ce patient-là.» P1</i></p> <p><i>« Comme préposés, on est sur le plancher. Donc, lorsque l'infirmière fait ses notes au poste, si on observe quelque chose, on doit l'informer. C'est-à-dire qu'on peut intervenir momentanément, si nos interventions ne fonctionnent pas ou si le patient continue à escalader, on doit aviser l'infirmière pour qu'elle puisse intervenir. L'infirmière est le leader, mais nous, on reste en back-up. C'est-à-dire qu'on intervient toujours en équipe, mais, il y a toujours un leader. Moi qui fais partie de l'équipe, je ne vais pas parler, c'est le leader qui intervient, mais je serai là pour accompagner l'infirmière en renforcement s'il y a quelque chose, si le patient continue à escalader, je dois être là inévitablement.» P3</i></p>
<p>Leadership des gestionnaires et de l'équipe médicale</p>	<p><i>« Ce qui est le fun ici dans l'hôpital, c'est qu'on a la chance d'avoir beaucoup de formation. Ça, c'est un plus. Ici, à l'hôpital, l'enseignement, c'est très présent. On a eu une formation sur la communication et c'était fantastique. On a tous été à la formation et les gens étaient vraiment fantastiques. C'est aidant et c'est quand même bon ici», «des gens qui nous poussent, qui nous soutiennent « c'est d'avoir une prescription d'isolement. J'ai argumenté avec un médecin à 2h du matin pendant 15 à 20 min pour avoir une prescription d'isolement, et le danger était là. Moi à ce moment-là, je me sentais comme si j'appelais un restaurant pour commander de la pizza, à 4h du matin, et qu'ils me disent qu'il n'y a pas de livraison à partir de 10h. C'était ça.» P1</i></p> <p><i>« Il vient même nous aider pour certaines interventions. Il est là. On sent qu'on est supporté. Ça aide beaucoup.» P3</i></p>

❖ La perception de l'utilité de la grille

L'entretien individuel auprès de 16 intervenants sur la perception de la grille indique que 12 à 13 d'entre eux estiment que la DASA fr. est pertinente, utile et claire. Toutefois, les intervenants ont mentionné des modifications souhaitées à la grille : elles sont rapportées à l'annexe 6. Lors des entretiens de groupe, les intervenants ont discuté des aspects positifs de la grille en phase 1 et en phase 3. Selon eux, la DASAfr. est un outil essentiel et intégré qui soutient le jugement clinique, prévient l'escalade agressive en intervenant plus rapidement et qui fournit un portrait synthétique sur le risque de comportement agressif et sur les interventions effectuées, en ciblant d'un coup d'œil rapide celles qui ont été efficaces et en donnant des indices pour ajuster la médication.

Tableau 5 : L'utilité de la grille DASA fr.

<p>La DASA fr. est un outil essentiel et intégré</p>	<p>« Aussi important que la grille du risque suicidaire. » P1 « c'est un outil d'amélioration qui nous a été donné, c'est un cadeau. » P3 « C'est comme du vocabulaire, c'est un cadeau que les chercheurs nous font alors ...on ne peut pas dire non. » P3, « C'est le même principe que si tu avais mal à une jambe, mais tu refuses de prendre ton médicament pour te soulager... ». P3 « Moi, ça m'avais frappé, ça fait peut-être 2 ou 3 ans de cela, il y a un spécialiste qui était venu et il disait : Mais vous autres, vous n'avez pas de grille aux soins intensifs?!? ... parce que ce n'est pas acceptable qu'on n'aille pas de grille surtout pour l'agressivité. » P3 « Intégrée au plan de match. » P3</p>
<p>La DASA fr. prévient l'escalade agressive</p>	<p>« d'élargir notre vision, pour être en mesure de faire des interventions beaucoup plus élargies pour aider et éviter des acting out » P1 « Ce qui ne serait pas normal, c'est que tu cotes « élevé » et tu fais rien.....Alors, là, il y aurait un problème, pas de continuité. Moi, je trouve que ça t'amène à penser que...Il va falloir que tu fasses quelque chose. » P3</p>
<p>La DASA fr. fournit un portrait synthétique sur le risque de violence et sur les interventions effectuées</p>	<p>« voir l'impact des interventions, parce que les interventions sont basées là-dessus. » P1 « je trouve que ça m'aide à voir comme il était dans les jours précédents en un coup d'œil sans nécessairement avoir à lire les 7 derniers 24 heures. Si je vois qu'il a coché des « 0 » tout le temps dans les derniers 5 jours, ça m'aide à voir un peu comment mon client est au niveau de l'agressivité. Pour moi, à ce niveau-là, ça devient comme un outil qui est rapide parce que je regarde et là c'est ça. » P3</p>
<p>La DASA fr. permet un suivi et une meilleure communication</p>	<p>« une certaine documentation et une prise de conscience... à plus consulter les autres » P1 « Après ça, on a les résultats de la grille de la veille, le soir et précédent, et on peut juger si le client présente le même comportement, la même</p>

	<i>attitude non verbale. Ça nous permet de jauger nos interventions. » P3 « Et aussi pour nous rafraichir la mémoire quand on fait la note au dossier : « Ah! Oui, et il est irritable! » ... écrit la note qui représente plus le patient. On fait vraiment tout le tour du patient. »,P3</i>
Jugement plus objectif	<i>« Avant, on y allait au pif. Maintenant, c'est plus objectif avec cette grille-là qu'autrefois. (Avant) Chacun se servait de son jugement et on a tous une éducation, des valeurs différentes. Il y en a qui sont plus tolérants que d'autres. Par exemple, autrefois, un client qui va hausser le ton, qui va insulter, c'était tout de suite l'isolement et les contentions. Même encore aujourd'hui, ça peut être comme ça, mais si on a une grille, on est capable de juger que ce n'est pas dans tous les cas que le client agit comme ça ou on ne prend pas la remarque personnel, alors on a un autre type d'intervention qui peut être plus approprié avec la grille. » P3</i>

Quant aux obstacles identifiés à l'utilité de la grille DASA fr., quelques intervenants ne se sentent pas concernés, considèrent qu'il s'agit d'un ajout de formulaire qui n'est pas utile et s'inquiètent des risques entraînés par une confiance aveugle au formulaire plutôt qu'au jugement clinique : *'si elle est remplie pendant 3 jours et que l'infirmière n'a pas eu le temps de la remplir le 4^e jour,... les autres autour ils pensent que le patient est devenu moins agressif... c'est pour ça que je pense que le jugement est plus important que la grille'* P1.

Enfin, lors du dernier entretien de groupe, les intervenants ont manifesté leur intérêt à poursuivre des activités de recherche qui ont des retombées cliniques et se sont montrés intéressés au retour post-isolement systématique.

❖ **La validité prédictive de la DASA fr.**

Concernant la validité prédictive de la grille, 3798 grilles DASA fr. ont été complétées durant la période d'étude. La validité prédictive de la grille est présentée dans le tableau 6. Le score total de la DASA fr. montre une faible capacité de l'échelle à prédire l'agression envers des objets, mais présente une validité prédictive significative pour prédire l'agression envers d'autres personnes et envers le personnel soignant. La validité prédictive de la DASA fr. reste la même que ça soit après une rotation de l'équipe soignante (aux 8 heures) que lors des 24 prochaines heures. Une

forte corrélation est également observée entre le jugement clinique de l'infirmière et le score total de la DASA fr (Pearson $r=0,75$; $p < 0.001$). Cette corrélation est probablement due au fait que les infirmières se sont fortement inspirées de la grille pour énoncer leur jugement. De plus, l'ajout du critère 'autre indicateur' à la grille originale n'augmente pas la validité prédictive de la DASA fr. Les infirmières rapportent, la plupart du temps pour ce critère, des symptômes schizophréniques tels des hallucinations ou de la désorganisation.

Tableau 6 : Validité prédictive de la DASA fr.

Type d'agression	7-item version ASC ² (95% IC ³)	8-item version ASC (95% IC)	Jugement infirmier en 3 catégories ¹ ASC (95% CI)
Cible de l'agression:			
Agression envers les objets (n = 85)			
- après 8hres	0.65 (0.58 - 0.72)	0.65 (0.57 - 0.72)	0.65 (0.57 - 0.72)
- après 24hres	0.66 (0.61 - 0.71)	0.66 (0.62 - 0.71)	0.65 (0.61 - 0.70)
Agression envers autrui (n = 14)			
- après 8hres	0.73 (0.57 - 0.89)	0.73 (0.56 - 0.89)	0.73 (0.56 - 0.91)
- après 24hres	0.71 (0.61 - 0.81)	0.70 (0.60 - 0.81)	0.63 (0.51 - 0.75)
Agression envers un membre du personnel (n = 28)			
- après 8hres	0.72 (0.59 - 0.85)	0.72 (0.58 - 0.85)	0.74 (0.59 - 0.85)
- après 24hres	0.70 (0.61 - 0.78)	0.71 (0.63 - 0.80)	0.70 (0.61 - 0.86)
Mesures de contrôle:			
Isolement sans contention (n = 660)			
- après 8hres	0.65 (0.62 - 0.68)	0.66 (0.63 - 0.69)	0.65 (0.62 - 0.68)
- après 24hres	0.65 (0.63 - 0.68)	0.67 (0.65 - 0.70)	0.65 (0.63 - 0.68)
Isolement avec contentions (n = 138)			
- après 8hres	0.76 (0.70 - 0.82)	0.77 (0.72 - 0.82)	0.76 (0.71 - 0.81)
- après 24 hres	0.75 (0.71 - 0.78)	0.76 (0.72 - 0.79)	0.73 (0.69 - 0.77)

¹ Risque d'agression dans les prochains 24 hres : faible, modéré, élevé

² Aire sous la courbe ROC

³ Intervalle de confiance à 95%

Discussion

L'utilisation de la grille DASA fr. n'a pas eu d'impact significatif sur le nombre et la durée de l'IC durant les 10 mois de l'étude. Ce constat avait également été constaté par Daffern & al. (2009). Ce dernier avait expliqué ces résultats, entre autres, par le manque d'intégration de la DASA dans la gestion des comportements agressifs et le manque d'efficacité des recommandations visant à réduire le risque. Ces explications ne sont pas applicables à notre étude. Dans ce devis collaboratif, l'intégration de la DASA fr. a été facilitée et la promotion de la prévention des comportements agressifs par des interventions alternatives a été mise de l'avant par les gestionnaires de l'unité de soins. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat : la durée limitée de l'étude, la tendance à une perception négative du comportement agressif, les différences exprimées dans la philosophie de soins des différentes équipes soignantes durant les entretiens de groupe.

La tendance d'une perception négative de comportement agressif de la part des intervenants, malgré une légère diminution au cours du processus d'implantation de la grille DASA fr., est un facteur qui prédispose à l'utilisation des mesures d'IC (De Benedictis & al., 2011). Cette tendance est considérée tout à fait pertinente pour les citoyens des sociétés occidentales où le comportement agressif est un geste inadmissible qu'il convient de réprimer (Lakerman, 2006). Les intervenants ont donc à lutter contre un apprentissage social où le comportement agressif est asocial et puni pour adopter une perception compréhensive du comportement agressif auprès des personnes souffrant de troubles mentaux. Ce changement de vision, pourtant nécessaire à la réduction des mesures d'IC, nécessite une formation professionnelle initiale et continue qui valorise la compréhension du comportement agressif plutôt que sa répression. À cet égard, Hiday (2006) rappelle qu'outre la compréhension de facteurs liés à la maladie, des facteurs sociaux tels que

le lieu de la résidence, la pauvreté, l'isolement social, l'absence d'emploi et d'éducation devraient être examinés pour une compréhension plus globale du comportement agressif.

Dans notre étude, l'implantation de la DASA fr. a contribué à discuter clairement de la vision antagoniste des intervenants sur la prévention des comportements agressifs. Une vision où l'individu admis est d'emblée mis en isolement parce qu'il est, par définition, perçu comme étant dangereux et une vision où l'individu admis n'est pas mis en isolement parce qu'il n'est pas perçu comme étant forcément dangereux. Ce dialogue franc des intervenants entre eux est une des premières étapes pour tendre vers un changement positif des perceptions et discuter des mesures alternatives à l'IC. D'ailleurs, à la fin du projet DASA fr., les discussions d'équipe ont mené à l'implantation d'une chambre de réconfort comme alternative à l'IC et ont mené à un intérêt pour l'implantation du retour post-événement systématique.

Les différences obtenues au questionnaire à la P1 et à la P3 concernant le stress et la collaboration sont minimes bien que les intervenants aient discuté plus positivement du partage des responsabilités et abordé plus concrètement la cohésion d'équipe lors des entretiens de groupe à la P3. Toutefois, ces changements ne pourraient pas être attribués directement au projet DASA fr. sans sous-estimer les déplacements de personnel et les nouvelles interventions cliniques qui sont développées dans une unité de soins au cours d'une période de 10 mois. À cet effet, le journal de bord révèle le départ de la directrice de soin et du conseiller clinique à la P1, un changement de l'équipe médicale à la P2, le départ de trois infirmières d'expérience à la P3 et l'introduction d'un plan de match quotidien concernant la gestion des comportements agressifs.

Aussi, les intervenants identifient des facteurs qui interviennent dans

l'évaluation de la dangerosité et qui sont les mêmes que ceux identifiés dans la littérature tout en apportant des précisions nouvelles. Par exemple, les intervenants de notre étude acceptent et tolèrent plus facilement le comportement agressif d'une personne atteinte de psychose que d'une personne ayant un trouble de la personnalité sans psychose. Aussi, les intervenants précisent que la compétence, l'expérience, le vécu et le degré de tolérance au comportement agressif (Taxi, 2002) influencent leur évaluation. Les intervenants ont aussi souligné qu'un environnement sécuritaire (Foster & al., 2007), que la stabilité, le sentiment de confiance et la cohésion de l'équipe (Silver, 2007), que le soutien de l'équipe médicale et le leadership des gestionnaires (Paterson & Duxbury, 2007) sont déterminants dans l'évaluation du risque. Tous ces facteurs peuvent contribuer à réduire le stress des intervenants, à améliorer leur collaboration et par conséquent, à réduire leur utilisation des mesures d'IC (De Benedictis & al., 2011)

Enfin, concernant l'utilité de la grille DASA fr. et contrairement aux études de Daffern, Howells, Hamilton, Mannion, Howard et Lilly (2009) et de Woods & al. (2008), la grille DASA fr. continue d'être utilisée par l'unité de soins un an après la fin du projet et fait partie d'un cadre de référence élargi afin d'optimiser le jugement professionnel pour prévenir les incidents et éviter l'utilisation de l'IC. De fait, la recommandation de Daffern (2009) concernant la mise à profit de l'expertise des intervenants dès le début du devis de recherche a porté fruit.

Quant aux avantages et inconvénients associés à l'utilisation d'une grille d'évaluation du risque de violence, les positions des intervenants sont conformes à celles retrouvées dans la littérature. D'un côté, ils apprécient disposer d'un instrument permettant de soutenir leur jugement, de discuter quotidiennement de leur compréhension et de suivre l'évolution des soignés quotidiennement (Daffern & al., 2009). D'un autre côté, ils craignent que l'utilisation de formulaires conduise à la

standardisation et à la technicisation des soins où le jugement clinique serait exclu comme le soulignent Jones (2001) et Lakerman (2006). De plus, ils s'inquiètent, à l'instar du RCP (2008), de la fausse sécurité qui peut être induite par la croyance en une prédictivité absolue du risque par la grille DASA fr.. En effet, les facteurs de risque donnent des indications sur la propension d'une personne à adopter des comportements agressifs, mais ne capturent pas la nature fluctuante du risque. Ces témoignages sont, à notre avis, une démonstration du jugement pondéré des intervenants et un bouclier quant aux dérives possibles. En effet, les intervenants mettent l'accent sur la pertinence clinique d'une évaluation structurée du risque pour soutenir leur jugement afin de prévenir des incidents et d'intervenir précocement pour éviter l'utilisation de mesures d'IC et s'insurgent contre une utilisation mécanique et standardisée des outils dont ils disposent.

Limites de l'étude

- L'étude s'effectue dans une seule USI d'un hôpital psychiatrique ce qui réduit la capacité de généralisation des données.
- La transférabilité des résultats concernant l'implantation d'un outil clinique sera assurée par la description approfondie du contexte et du processus de recherche.
- Il est possible également que le partenariat avec les intervenants pour adapter la grille DASA fr. ait suscité des réflexions qui minimisent les changements obtenus entre la phase 1 et la phase 3 de l'étude.

Retombées de l'étude

- Cette étude montre qu'une grille de détection du comportement agressif en milieu psychiatrique présentant un haut degré de risque d'agression est un indicateur pertinent pour soutenir le jugement clinique des professionnels, est un levier pour discuter entre eux de leurs attitudes, pour anticiper un risque et envisager des interventions préventives.
- L'étude montre aussi que les programmes visant à réduire les mesures d'IC s'appuient sur plusieurs interventions, dont celle d'évaluer systématiquement le risque d'agression. Il est probable, étant donné la complexité des facteurs impliqués dans la décision d'IC, qu'une grille à elle seule ne puisse pas avoir un impact majeur sur les taux d'IC.
- L'adoption d'un devis participatif où dès le départ, des intervenants, des gestionnaires et des chercheurs sont impliqués dans le projet et accordent une attention particulière aux communications montre que les intervenants de l'unité se sont approprié la grille et continuent de l'utiliser et d'en discuter alors que le projet est maintenant terminé.
- Les intervenants ont également manifesté leur intérêt à implanter et évaluer d'autres interventions en lien avec le comportement agressif. Ce type de devis, adapté à nos intérêts pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et des intervenants, nous incite à poursuivre, à plus grande échelle, une recherche collaborative qui documenterait le processus d'appropriation de la grille dans des établissements diversifiés tenant compte de facteurs organisationnels et culturels distincts.
- L'importance des interventions qui favorisent le dialogue entre les intervenants mérite d'être explorée. Pour des raisons éthiques et cliniques, il est indispensable de poursuivre des recherches pour étudier la compréhension des comportements agressifs qui justifient l'utilisation des procédures d'IC.

Références

- Abderhalden, C., Needham, I., Friedli, T. K., Poelmans, J. & Dassen, T. (2002) Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 110-117.
- Ahern, E., Larue, C., Ricard, N., 2010. L'évaluation des savoirs en matière de gestion des comportements d'agression dans une unité psychiatrique de soins intensifs. Rapport de recherche Fondation HLHL.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Broset violence checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1284-1296.
- Arshad, P. , Oxley, H. , Watts, S. , Davenport, S. & Sermin, N. (2000). Systematic approach to community risk assessment and management. *British journal of nursing*, 9, 210-213.
- Barry-Walsh, J., Daffern, M., Duncan, S., & Ogloff, J.R.P. (2009). A test of the Dynamic Appraisal of Inpatient Aggression in a New-Zeland forensic psychiatric service. *Australasian Psychiatry*. 17(6), 493-496.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inusers and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 465-473.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures : Relationship to perception of aggression and attitude to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 349-356.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crocker, A. (2008). *Table ronde sur le thème de l'agression en milieu psychiatrique*. Présentée à la rencontre provinciale des intervenants des équipes du suivi intensif en équipe, Québec, Canada.

- Daffern, M., Mayer, M., & Martin, T. (2003). A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 67-84.
- Daffern, M., Howells, K., & Ogloff, J.R.P. (2006). What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 101-111.
- Daffern, M., & Howells, K. (2007). The prediction of imminent aggression and self-harm in personality disordered patients of a high security hospital using the HCR-20 Clinical Scale and the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 137-143.
- De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M-P., Létourneau, G., Tran, M-A., Stikarovska, I., Brunelle, S., Côté, G., Lesage, A., (2010). Predictors of Seclusion and restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff. *British Journal of Psychiatry*. (soumis).
- Griffiths, L. (2001). Does seclusion have a role to play in modern health nursing ? *British Journal of Nursing*, 10, 656-661.
- Holmes, D., Kennedy, S., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of seclusion from the patient perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 559-578.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., Mailhot, M.-P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G., Goulet, M.H. (2010). The nursing decision-making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in Mental Health Nursing*, 31 : 208-215.
- Larue, C., Ménard, G., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. (2009). *Isolement et contentions: état des lieux*. Communication orale au 31e congrès de l'International Academy of Law and mental Health. New York 215.
- Lazarus, A. (2001). Physical restraints, thromboembolism, and death in 2 usagers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 207-208.
- Lemyre, L., & Tessier, R. (2003). Concept and measurement of psychological stress. *Canadian Family Medicine*, 49, 1159-1160.

- Marangos-Frost, S., & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use : a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362-36
- Miles M.B. et Huberman, M.A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck Université.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommé dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention et isolement et substances chimiques*, Québec : gouvernement du Québec
- Monahan, J., Steadman, H. J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Heilbrun, K., Mulvey, E. P., Roth, L. & Silver, E. (2005) An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 56, 810-5.
- Ogloff, J.R., & Daffern, M. (2006). The Dynamic Appraisal of Situational Aggression: An Instrument to Assess Risk for Imminent Aggression in Psychiatric Inpatients. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 799-813.
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2007). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14(4), 535-545.
- Ryan, C. J. & Bowers, L. (2005). Coercive manœuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12, 695-702.
- Sicotte, C., D'Amour, D., Moreault, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centres. *Social Science & Medecine*, 55, 991-1003.
- Steinert, T., Bergbauer, G., Schmid, P., Gebhardt, R. P. (2007). Seclusion and Restraint in Patients with Schizophrenia : Clinical and Biographical Correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 492-496.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk of violence (version 2)*. Vancouver: mental health Law & Policy Institute, Simon Fraser University.

Webster, C.D., Harris, G., Rice, M., Cormier, C. & Quinsey, V. (1994). Violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men. Toronto: Center of Criminology, University of Toronto.

Wong, S.C.P., & Gordon, A. (2006). The validity and reliability of the violence risk scale: A treatment-friendly violence risk assessment tool. *Psychology, Public Policy and Law*, 12, 279-309.

Wilkniss, S. M., Hunter, R.H., Silverstein, S.M. (2004). Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez des personnes souffrant de psychoses. *Santé mentale au Québec*, 29, 2.

Annexe 1-Calendar des activités

01-07-2010 au 01-06-2011

Préparation à l'étude

Juillet/Août 2010	<ul style="list-style-type: none">➤ Demande d'un certificat d'éthique présenté au comité d'éthique du centre Fernand-Séguin➤ Mise à jour des sources documentaires sur les concepts à l'étude➤ Suivi des chercheurs avec l'équipe soignante sur le projet de recherche➤ Préparation et validation de la grille d'entrevue de groupe focalisée et des questionnaires individuels aux intervenants➤ Mise au point des grilles de saisie des données sur SPSS et de la grille de recueil des données écrites
------------------------------	---

La première étape de réalisation de l'étude : Pré-implantation de la grille DAS Afr. (P1)

	<ul style="list-style-type: none">➤ Collecte de données à partir du protocole isolement-contention et des archives: nombre, durée des IC, durée de séjour, qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Collecte de données à partir des notes au dossier : qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Questionnaire auto administré aux intervenants➤ Entrevue de groupe focalisée➤ Transcription et analyse des données à la fin du P1
--	--

La deuxième étape de réalisation de l'étude : Utilisation de la grille DASA fr. (P2)

Octobre/ Novembre/ Décembre/ 2010	<ul style="list-style-type: none">➤ Collecte de données à partir des bases administratives du protocole isolement-contention, des archives et des grilles DASA fr. nombre, durée des IC, durée de séjour, qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Collecte de données à partir des notes au dossier : qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Transcription et analyse des données à la fin du P2
--	--

La troisième étape de réalisation de l'étude : Utilisation de la grille DASA fr.

(P3)

Janvier/ Février/ Mars 2011	<ul style="list-style-type: none">➤ Collecte de données à partir des bases administratives du protocole isolement-contention, des archives et des grilles DASA fr. nombre, durée des IC, durée de séjour, qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Collecte de données à partir des notes au dossier : qualification du comportement, interventions alternatives utilisées➤ Questionnaire auto administré aux intervenants➤ Entrevue de groupe focalisée➤ Transcription et analyse des données à la fin du P3
--	--

Transfert des connaissances

Avril/Mai/ Juin 2011	<ul style="list-style-type: none">➤ Journée d'étude destinée à discuter et enrichir les données analysées avec l'équipe des soignants➤ Révision des analyses effectuées à la lumière de la journée d'étude➤ Rédaction finale du rapport➤ Soumission au colloque de l'OIIQ et à l'AQIISM➤ Rédaction d'un article scientifique pour Santé Mentale du Québec et <i>Journal of psychiatric and Mental Health NursingJournal</i>➤ Diffusion des résultats dans les établissements par l'utilisation de moyens novateurs (cartes conceptuelles, ateliers interactifs, jeux de rôle etc.)➤ Suivi de la demande (subvention de plus grande envergure)
---------------------------------	---

Annexe 2-Questionnaire aux intervenants –P3

Code secret : _____ Inscrivez votre code secret en utilisant les 3 premières lettres du prénom de votre mère, les deux premières lettres de son nom de famille à la naissance et en y ajoutant les 2 chiffres de son jour de naissance (ex. : Solange, née Lefebvre le 2 août 1938, donnera : SOLLE02). Ce code permettra de lier les questionnaires auxquels vous aurez répondu à deux reprises au cours de l'étude et permettra de garder l'ensemble du processus anonyme.

Les questions qui suivent portent sur votre perception de l'agressivité de la part de patients/patientes. Comment percevez-vous le phénomène de l'agressivité?

1. Pour chacun des 12 énoncés suivants, indiquez si vous êtes « fortement en désaccord », « en désaccord », « d'avis neutre », « d'accord » ou « fortement d'accord ».

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
A. L'agressivité est un comportement désagréable et méprisable.	1	2	3	4	5
B. L'agressivité est inutile et inacceptable.	1	2	3	4	5
C. L'agressivité blesse les autres mentalement et physiquement.	1	2	3	4	5
D. L'agressivité est un geste de violence physique du patient contre un intervenant/une intervenante.	1	2	3	4	5
E. L'agressivité est toujours un comportement négatif et inacceptable; il existe d'autres moyens d'exprimer ses sentiments.	1	2	3	4	5
F. L'agressivité est un moyen déplacé de s'imposer et de dominer les autres.	1	2	3	4	5
G. L'agressivité est le point de départ d'une relation positive patient-intervenant/intervenante.	1	2	3	4	5
H. L'agressivité est une réaction saine à des sentiments de colère.	1	2	3	4	5
I. L'agressivité est un moyen de mieux comprendre la situation du patient.	1	2	3	4	5
J. L'agressivité étant une forme de communication, elle ne doit pas être considérée comme destructive.	1	2	3	4	5
K. L'agressivité est un moyen de se protéger.	1	2	3	4	5
L. L'agressivité est un moyen de protéger son espace personnel.	1	2	3	4	5

Les questions qui suivent portent sur votre niveau de stress au travail.

2. Pour chacun des 9 énoncés suivants, indiquez si vous êtes « fortement en désaccord », « en désaccord », « d'avis neutre », « d'accord » ou « fortement d'accord ».

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
A. Je suis détendue.	1	2	3	4	5
B. Je me sens débordée; j'ai l'impression de manquer de temps.	1	2	3	4	5
C. J'ai des douleurs physiques : maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre.	1	2	3	4	5
D. Je me sens préoccupé(e), tourmenté (e) ou anxieux (anxieuse).	1	2	3	4	5
E. Je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5
F. Je me sens plein (e) d'énergie, en forme.	1	2	3	4	5
G. Je sens peser un grand poids sur mes épaules.	1	2	3	4	5
H. Je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5
I. Je suis stressée.	1	2	3	4	5

Les prochaines questions visent à déterminer l'intensité de la collaboration entre les membres de l'équipe de soins à partir de questions sur le partage des activités de soins, la coordination des membres de l'équipe et le niveau de conflit associé à la collaboration.

3. Pour chacun des 24 énoncés suivants, indiquez si vous êtes « fortement en désaccord », « en désaccord », « d'avis neutre », « d'accord » ou « fortement d'accord ».

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
A. Les membres de l'équipe soignante prennent en considération l'ensemble des besoins de la clientèle, c'est-à-dire les besoins physiques, psychologiques, sociaux.	1	2	3	4	5
B. Les membres de l'équipe soignante prennent en compte les collectes de données réalisées par d'autres groupes de soignants.	1	2	3	4	5
C. Les membres de l'équipe soignante tolèrent facilement l'existence de zones grises dans le	1	2	3	4	5

partage des responsabilités.					
D. Les membres de l'équipe soignante collaborent entre eux à l'élaboration d'un plan d'intervention commun.	1	2	3	4	5
E. Les professionnels vont chercher, lorsque nécessaire, du support (conseil, avis) auprès d'autres groupes de soignants.	1	2	3	4	5
F. Les soignants de différents groupes échangent entre eux l'information concernant un client commun.	1	2	3	4	5
G. Il y a de la collaboration entre les groupes de soignants pour assurer le suivi d'un client commun.	1	2	3	4	5
H. Le niveau de collaboration entre les soignants est élevé	1	2	3	4	5
I. Les soignants de différents groupes partagent la prise de décision clinique.	1	2	3	4	5
J. Les relations entre les groupes de soignants sont égalitaires.	1	2	3	4	5
K. Le partage des responsabilités cliniques entre les différents groupes de soignants est bien établi.	1	2	3	4	5
L. Les groupes de soignants donnent les soins sans se nuire mutuellement.	1	2	3	4	5
M. Les routines des différents soignants qui doivent travailler ensemble sont bien établies	1	2	3	4	5

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
N. Les activités de collaboration entre soignants sont bien intégrées dans le fonctionnement quotidien.	1	2	3	4	5
O. Les activités de soins réalisées par des soignants de différents groupes auprès d'un même client sont bien coordonnées.	1	2	3	4	5
P. Du point de vue des clients, la collaboration interprofessionnelle est harmonieuse.	1	2	3	4	5
Q. Les objectifs poursuivis par certains groupes de soignants entrent en conflit avec les objectifs du programme.	1	2	3	4	5
R. Les conflits concernant le partage des responsabilités entre les professionnels de différents groupes sont fréquents.	1	2	3	4	5
S. De façon générale, les conflits entre les soignants de différents groupes concernant le partage des	1	2	3	4	5

responsabilités se règlent difficilement					
T. Les relations entre les groupes de soignants sont perçues comme des situations impliquant des gagnants et des perdants (si l'un gagne, l'autre perd)	1	2	3	4	5
U. Il y a toujours des groupes de soignants qui restent insatisfaits des décisions prises par le groupe.	1	2	3	4	5
V. Il y a de l'incompatibilité entre les objectifs des différents groupes de soignants	1	2	3	4	5
W. Il y a un haut niveau de compétition entre les groupes de soignants	1	2	3	4	5

Annexe 3-Extrait de l'entrevue de groupe focalisé provisoire

Numéro du groupe :

Présentation

Bonjour, mon nom est _____. Je suis assistante de recherche dans un projet intitulé « *Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques* ». Ce projet est dirigé par Caroline Larue, professeure à la Faculté des sciences infirmières et chercheuse associée au GRIISIQ. Ce projet est subventionné par le GRIISIQ. Cette rencontre fait suite au questionnaire individuel que vous avez complété concernant votre compréhension du comportement agressif, votre niveau de stress au travail et la collaboration des intervenants entre eux. J'aimerais revenir avec vous sur chacune des parties du questionnaire et vous entendre sur vos réactions à l'introduction de la grille DASA. Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées confidentiellement. En clair, le résumé écrit des échanges du groupe de discussion ne sera pas nominatif et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement à l'enregistrement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire sur ce consentement (attendre).

(Réponse aux interrogations et réaction si nécessaire aux commentaires).

Je vous demande maintenant de signer le consentement.

1. (Si des personnes s'objectent à participer : traiter individuellement selon le principe de choix libre et éclairé : souvent elles vont alors choisir de partir.)
2. (Si des personnes acceptent de participer, mais s'opposent à l'enregistrement audio : l'enregistrement n'est pas possible. Il faut alors proposer qu'une personne de la salle d'observation vienne prendre des notes. Demander que cette personne entre dans la présente salle.)
3. (Si aucune personne ne s'est opposée : poursuivre la rencontre.)

*** L'entrevue débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.***

L'enregistrement débute seulement lorsque le formulaire de consentement est signé.

Déroulement de l'entrevue

Concernant les dimensions du questionnaire (45 min.):

1. Compréhension du comportement agressif : *revenir sur les scores qui sont jugés surprenants ou qui demandent plus d'approfondissement selon l'équipe des chercheurs - les indiquer clairement à l'animateur.*

Concernant les façons de faire lors de comportements à :

2. Pouvez-vous m'expliquer comment vous procédez lors de comportements à ? (intervention préventive, étapes, sens du comportement) *(aider les répondants à préciser leur pensée)*

Concernant l'introduction de la grille DASAfr.:

3. Comment envisagez-vous l'introduction de cette grille? (utile, inutile, retombées, etc.) *(aider les répondants à préciser leur pensée)*

Vous avez répondu aux questions prévues à l'étude. Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été abordés et que vous voudriez souligner? Ou d'autres commentaires?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette entrevue.

EXTRAITS SEULEMENT

Annexes 4–Protocole informatisé

1. Facteurs de risque		2. Condition physique particulière	
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Chute	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Épileptique
<input type="checkbox"/> Automutilation	<input type="checkbox"/> Opposition involontaire aux interventions médicales	<input type="checkbox"/> Cardiaque	<input type="checkbox"/> Stimulateur cardiaque ou autre sti mulateur
<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Suicidaire	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>	
3. Mesures de remplacement tentées			
<input type="checkbox"/> Diminuer les stimuli	<input type="checkbox"/> Impliquer la famille et les proches	<input type="checkbox"/> Offrir un PRN	<input type="checkbox"/> Réévaluer Rx
<input type="checkbox"/> Rechercher des solutions avec l'utilisateur	<input type="checkbox"/> Permettre la verbalisation des émotions	<input type="checkbox"/> Programme de soins :	<input type="checkbox"/> Modifier l'environnement
<input type="checkbox"/> Fournir une aide technique	<input type="checkbox"/> Modifier l'habillement	<input type="text" value="Auto-gestion des comportements agressifs"/>	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>			
4. Personnes informées		5. Type de mesure	
<input type="checkbox"/> L'utilisateur	<input type="checkbox"/> Cadre en responsabilité	<input type="checkbox"/> Urgence appréhendée	<input type="checkbox"/> Ultime d'encadrement
<input type="checkbox"/> Famille de l'utilisateur	<input type="checkbox"/> Équipe multidisciplinaire	<input type="checkbox"/> Urgence (isolement sans contention)	<input type="checkbox"/> Protection niveau I
<input type="checkbox"/> Représentant légal	<input type="checkbox"/> Conseillère clinicienne en soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Urgence (isolement avec contention)	<input type="checkbox"/> Protection niveau II
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Soin ponctuel	
6. Consentement		7. Validité de l'ordonnance médicale	
<input type="checkbox"/> De l'utilisateur	Date du consentement	Date de l'ordonnance médicale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Du curateur ou du représentant légal	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ordonnance de traitement	Date de révision	Échéance de l'ordonnance médicale	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Consentement non requis	<input type="text"/>		

Annexe 5- Grille Projet DASA

Semaine commençant le ____/____/____	Lundi			Mardi			Mercredi			Jeudi			Vendredi			Samedi			Dimanche		
	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S	N	J	S
Irritable	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Impulsif	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Refuse de suivre les indications	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Sensible à la provocation perçue	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Facilement en colère lorsque les demandes sont refusées	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Attitudes négatives	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Agressions verbales	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Total																					
Estimation finale du risque Score DASA + évaluation clinique: (L) léger, (M) moyen, (É) élevé																					
Enregistrement de l'agression	Lundi N J S			Mardi N J S			Mercredi N J S			Jeudi N J S			Vendredi N J S			Samedi N J S			Dimanche N J S		
Aggression verbale face aux membres du personnel																					
Aggression verbale face autres usagers																					
Aggression physique face aux objets																					

Annexe 6-Compilation des commentaires au questionnaire structuré lors d'un entretien en face à face auprès de 16 intervenants à propos de l'utilité de la grille DASAfr.

DASAfr.- SYNTHÈSE DES ENTREVUES INDIVIDUELLES AVEC LES INTERVENANTS (n=16 : 11 inf. et 5 PAB) UNITÉ 506 - MARS 2011			
	Oui	Non	Commentaires
Pertinence	12	4	Oui si ATCD d'agressivité, si ponctuel Oui car plus agressif qu'avant Non car le jugement est plus fiable
Utilité	12	4	Oui car permet de voir l'évolution des derniers jours, donne un portrait global, permet de quantifier des comportements, permet de cibler des interventions, permet de comprendre la situation, protège les employés Non quand il n'y a pas d'escalade et que l'agressivité arrive d'un coup
Clarté des éléments de la grille	13	3	Les comportements «autres», quoi y écrire? (3) Que veux-dire « attitude négative » (1) Approfondir la signification de «facilement en colère», sans changer l'expression (1)

Les commentaires généraux :

☺ Bon outil (4), continuer à l'utiliser (3), fait partie d'un tout, d'une évaluation plus globale (2), court à remplir (2), l'étendre à d'autres unités (1), aime la section «jugement clinique» (1), aurait dû être fait avant (1), vaut mieux avoir plus d'outils d'évaluation que moins (1), plus facile à utiliser pour les personnes travaillant à TP(1)
 ☹ un papier de plus à remplir (2), ne s'en sert pas, ne la regarde pas, ne regarde pas le tableau (1). Neutre : ne change pas le travail (1), faudrait que tous remplissent la grille pour que l'on puisse voir l'évolution (1), , mieux intégrer la DASAfr. à la PGCA (1)

Les modifications envisagées :

Remplacer «sensible à la provocation perçue» (5) par «interprétatif» (3), par « méfiant » (1)
 Ajouter un espace pour écrire les signes de désorganisation propres au patient (2)
 Ajouter et différencier «imprévisibilité» et «impulsivité» (1)
 Augmenter l'espace pour la catégorie «autres» (1)
 Ajouter «chambre de réconfort» dans les interventions (1)
 Ajouter «hostilité» ou indiquer ou le mettre (1)
 Ajouter «hallucinations», car trouve qu'il a à l'écrire souvent dans «autres» (1)

Ajouter : «intimidation», «clivage», «provocation», «confrontation», «contestation»,
une sorte de niveau entre les comportements actuels et les agressions (1)

Enlever «irritable» («trop habituel) (1)

Avoir plus de trois niveaux de risque (1)

Enlever «relation d'aide», car on le fait d'emblée (1)