

Université de Montréal

**Le développement et la mise à l'essai d'une formation sur l'évaluation
et la gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr.
auprès d'intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale**

Par Imène Darbeida

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)

Option infirmière clinicienne spécialisée

Décembre 2014

© Imène Darbeida, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Rapport de stage intitulé :

Le développement et la mise à l'essai d'une formation sur l'évaluation
et la gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr.
auprès d'intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale

Présenté par :

Imène Darbeida

Ce rapport a été évalué par un jury composé de Caroline Larue (Ph.D.), directrice de stage,
Marie-Hélène Goulet, (Ph.D. (c)) codirectrice, et Étienne Paradis-Gagné, infirmier cadre-
conseil en soins infirmiers

Décembre 2014

© Imène Darbeida, 2014

Résumé

Mots-clés :

Soins infirmiers, psychiatrie légale, compétence professionnelle, gestion de la violence, transfert de connaissances, outils d'évaluation, comportements violents.

Une grille de détection précoce du comportement agressif (DASAfr.) a été adoptée par un Institut de psychiatrie légale. Dans une perspective de mobilisation des intervenants, la formation existante a été adaptée en utilisant un des éléments d'un cadre de référence en transfert de connaissances : le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (Graham et *al.*, 2008)

Ce rapport de stage a pour objectif de présenter les démarches entreprises pour l'adaptation d'une formation à l'aide d'un cadre de référence en transfert de connaissances. Les activités de formation ont été conçues selon l'approche par compétence (Tardif, 2006). Avec le soutien des directions de l'Institut, trois vignettes cliniques ont été conçues suivant la structure d'une situation d'apprentissage, dont les scénarios sont élaborés à partir de situations réelles, vécues par les intervenants. Ces dernières ont été mises en contexte, ouvertes, intégratives pour déboucher sur des activités diversifiées. Des patients partenaires ont joué le rôle d'acteurs patients. Enfin, la validation de la présence des indicateurs de violence de la grille DASAfr. dans les vignettes d'apprentissages a été assurée par les experts invités de l'Institut.

En somme, à travers ce projet, il nous a été possible d'arrimer le domaine de la gestion à celui de la formation en sciences infirmières en plus d'initier des occasions de dissémination de connaissances auprès des gestionnaires. Cette gestion participative qui facilite l'adoption de nouvelles pratiques dans le milieu a été bien accueillie. Enfin, nous avons mis de l'avant le rôle de l'infirmière qui pratique en psychiatrie légale à travers l'adaptation de la formation qui vise le développement des compétences dans ce champ d'exercice spécialisé en sciences infirmières.

Abstract

Keywords : Nursing Forensic Psychiatry, Professional Competence, Nursing Role. Implementation, assessment tools of violence, knowledge transfer framework.

The dynamic appraisal of situational aggression (DASAfr.) measuring tool was adopted by the unit staff of a psychiatric institution to help them assess the risk of imminent (within the next 24 hours) aggression by patients. Training has been adapted using the framework in knowledge transfer: Ottawa Model of research use which is a pragmatic conceptual model for knowledge translation (Graham *et al.*, 2008)

This report aims to present the steps taken for the adaptation of training with using a framework in knowledge translation. Training activities have been designed according to a competency-based approach (Tardif, 2006). With the support of the institutions nursing services administration team, three clinical videos were designed following a structured learning situations. The scenarios are developed from real situations faced by healthcare providers. These were put into context and an opened integrative lead to a variety of activities. Patient-partners of care have played the role of patients actors. Finally, the validation of the presence of violence indicators of the tool DASAfr. in the learning videos was provided by the invited experts of the Institute.

Through this project, it was possible to secure the field of management to nursing training. In addition, this led to initiating opportunities of knowledge dissemination with managers and ultimately eased the adoption of new nursing practices. Lastly, we put forward the role of the nurse who practices in the field of forensic psychiatry through the development of training that aimed to develop the skills and competencies in this specialized field of nursing practice.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Liste des figures	vii
Remerciements.....	xi
1. Problématique	1
1.1 Les outils d'évaluation et d'intervention pour la prise en charge de la violence.....	3
1.2 But et objectifs du stage.....	5
1.3 Objectifs d'apprentissage.....	5
2. Recension des écrits théoriques et empiriques.....	7
2.1. Analyse critique de l'implantation des outils d'évaluation de la violence	7
2.2 Le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa de Logan et Graham (2004).....	9
2.2.1. Intégration des théories d'apprentissage au MURO	11
2.2.2 Situations d'apprentissage comme approche dynamique	13
2.2.3 Contextualisation	14
3. Déroulement du stage	17
3.1 Description du milieu de stage.....	17
3.2 Les personnes ressources	18
3.3 Les démarches préparatoires à l'intervention en stage	18
3.4 Adaptation du contenu de la formation pour l'utilisation de la grille DASAfr. au contexte de la psychiatrie	19
3.4.1 Processus de réalisation des situations d'apprentissage (vignettes)	21
3.4.2 Adaptation de la formation au contexte de la psychiatrie légale	23
3.5 Activités de transfert des connaissances durant le stage.....	24
4. Résultats et discussion	27
4.1 Analyse réflexive	29
4.2 Réflexion sur l'intervention à travers l'opérationnalisation des stratégies d'application des connaissances du MURO	31
4.2.1 Adaptation de la formation en approche par compétence.....	31

4.2.2	Adaptation des situations d'apprentissage et validation	32
4.2.3	Évaluation globale de la pertinence et de la stratégie d'animation sous-jacente à la présentation des vignettes d'apprentissage.....	33
4.3	Objectifs et retombées de l'intervention et des apprentissages: le rehaussement du rôle de la pratique de l'infirmière en psychiatrie légale	35
4.3.1	L'initiation d'activités de transfert de connaissances.....	36
4.3.2	Le rôle de formatrice et d'animatrice de rencontres	36
4.4	Limites du stage	37
5.	Conclusion	39
	Références.....	41
Annexe 1	Grille d'évaluation <i>Dynamic Appraisal of Situational Aggression</i> — version française (DASAfr.)	xiv
Annexe 2	Devis des compétences de formation	xv
Annexe 3	Présentation mi-stage	xv
Annexe 4	Scénarios	xiv
Annexe 5	Exemple de script	xxiii
Annexe 6	Présentation finale	xxvi
Annexe 7	Affiche scientifique	xiv
Annexe 8	Annonce de la journée de la recherche.....	xv
Annexe 9	Document de soumission de présentation par affiche	xvi
Annexe 10	Annonce du <i>Club de lecture</i>	xxi
Annexe 11	Présentation au Club de lecture	xxii

Liste des figures

Figure 2.1	Le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (MURO) (Graham et <i>al.</i> 2008).....	10
Figure 2.2	Opérationnalisation des stratégies d'application des connaissances du modèle MURO (Graham et <i>al.</i> 2008) pour l'adaptation de la formation à l'utilisation de la grille d'évaluation d'agressivité DAS Afr.....	16

*Je dédie ce travail en témoignage de mon profond amour
à ma mère, mon père, mon frère et ma sœur
et sans oublier toute ma famille élargie.*

*« La vie est en effet obscure sauf là où il y a élan,
Et tout élan est aveugle sauf là où il y a la connaissance.
Et toute connaissance est vaine sauf là où il y a le travail,
Et tout travail est futile sauf là où il y a l'amour. »*

Khalil Gibran, *Le Prophète* (1923)

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères à Mesdames Caroline Larue et Marie-Hélène Goulet qui, en tant que directrice et co-directrice de maîtrise, se sont toujours montrées à l'écoute et très disponibles tout au long de la réalisation de mes travaux. Elles ont cru en mes capacités, m'ont accompagnée à l'élaboration de ce travail, ainsi qu'à la réussite de cette formidable formation en sciences infirmières; sans elles, ce produit final n'aurait jamais vu le jour.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur Étienne Paradis Gagné, infirmier-conseiller de l'institut où le stage a eu lieu, pour son dévouement, sa générosité et son engagement à collaborer à ce projet.

J'exprime toute ma gratitude aux deux patients partenaires pour leur précieuse collaboration et leur contribution à l'amélioration de la formation des intervenants. Je remercie également tous les intervenants du milieu de stage, entre autres les infirmiers, infirmières et psychothérapeutes, psychologues et psychiatres rencontrés, qui ont accepté de répondre à mes questions avec une compréhension et générosité. Ils ont tous très gentiment collaboré de près ou de loin à la réalisation des multiples tâches que ce travail a comportées.

Je n'oublie pas mes parents, mon frère et ma sœur, pour leur soutien constant et indéfectible. Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers ma très chère collègue de travail, Mme Francine Leblanc, pour son amitié, son dynamisme exemplaire et sa passion pour l'exercice de la profession infirmière, ainsi que pour son soutien. Aussi, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce travail.

Finalement, pour le soutien financier, je tiens à remercier le Cegep de Saint-Laurent, le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), l'Institut Philippe Pinel de Montréal, l'Université de Montréal et le Centre universitaire de santé McGill.

1. Problématique

La violence vécue par le personnel de soins de santé est un phénomène de grande importance. Ce problème a été documenté à travers plusieurs études de par ses effets délétères, entre autres, sur les patients et aussi sur le personnel de soins de santé (BjÖRkdahl, Hansebo et Palmstierna, 2013). Selon des données statistiques rapportées par le *National Health Service* en Angleterre, il y aurait eu près de 57 830 agressions physiques contre les professionnels de soins de santé en 2010-2011 (Dickens, Piccirillo et Alderman, 2013). Dans les milieux de pratique en santé mentale de ce même pays, les employés ont une chance sur dix d'être agressés sur les unités. Au Québec, des faits alarmants ont été rapportés par les médias quant à l'augmentation du nombre d'interventions physiques relatives à la violence qui sévit dans un centre de psychiatrie légale (Gagné, 2013). En un an, le nombre d'interventions physiques exercées par des employés sur les patients aurait triplé, passant de 293 en 2011-2012, à 836 en 2012-2013 (Gagné, 2013). Selon des données internes de ce même centre de psychiatrie légale, le nombre d'agressions pour l'année 2012-2013 était de 51, dont 14 ont nécessité des arrêts de travail. Dans le journal *La Presse* du 25 mars 2013, on rapporte qu'« entre 2009 et 2012, le nombre d'accidents de travail dans ce même centre de psychiatrie légale a augmenté de près de 40 %, il est passé de 173, il y a cinq ans, à 272 l'an dernier » (Duchaine, 2013).

Au Canada, pour documenter ce phénomène de violence, une enquête a été menée en 2005, à l'échelle nationale, auprès des membres de la profession infirmière autorisés (toutes spécialités confondues). Cette enquête ($n= 18\ 676$) portant sur le travail et la santé du personnel infirmier a examiné les facteurs associés à la violence subie dans l'exercice de la profession (Shields et Wilkins, 2009). En psychiatrie, la prévalence des cas de violence chez cette catégorie du personnel est significativement plus élevée que dans les autres secteurs de pratique, c'est-à-dire que 44 % du personnel infirmier a déclaré avoir été victime de violence physique (Shields & Wilkins, 2009). La violence psychologique, quant à elle, était également plus fréquente en psychiatrie (70 %) que dans les autres secteurs de pratique (Shields et Wilkins, 2009). Parallèlement à cela, plusieurs auteurs, dont Fluttert et *al.* (2010) expliquent que les causes des agressions qui surviennent dans les milieux hospitaliers sont multifactorielles.

Ces facteurs sont regroupés autour de la pathologie du patient, du comportement et de l'attitude des patients et du personnel soignant, et finalement de l'environnement (Fluttert et *al.*, 2010).

Cette violence a des effets délétères notables sur la santé physique et mentale du personnel soignant, ce qui affecte inévitablement la qualité des soins donnés aux patients (Dickens, Piccirillo et Alderman, 2013).

Au regard de ces faits inquiétants, il est possible d'envisager que la violence qui n'est pas prise en charge précocement mène à l'utilisation de mesures de contrôle qui peuvent conduire, à leur tour, à des agressions. Un questionnement émerge de ce constat, à savoir s'il existe des facteurs contextuels, personnels ou environnementaux ayant des impacts sur le comportement des patients.

Dans la section qui suit, nous allons passer en revue les contextes d'exercice de la profession afin d'identifier des facteurs qui ont un impact sur les comportements des patients.

Quant au contexte d'exercice de la profession, une revue systématique, publiée en 2011 en Italie, révèle que les intervenants œuvrant dans le domaine des soins psychiatriques sont confrontés à des patients qui peuvent, en raison des symptômes de leur maladie (par exemple, l'impulsivité) ou à des troubles concomitants (alcoolisme, toxicomanie, etc.), présenter des comportements violents et agressifs (Quanbeck, 2006, cité dans Cornaggia et *al.*, 2011). Cette réalité présente donc un défi pour les infirmiers et infirmières (Maguire, Young & Martin, 2012) qui s'explique par l'exposition de ces derniers, ainsi que celle des éducateurs spécialisés, à des épisodes de violence des patients.

Comme il a été mentionné précédemment, l'exposition fréquente du personnel aux situations d'escalade de violence a de multiples conséquences. L'ampleur de ces conséquences peut être mesurée sous deux aspects. D'abord, selon Maguire, Young et Martin (2012), l'exposition à la violence incite le personnel soignant à avoir recours à des mesures d'isolement pour se protéger. En effet, ces auteurs soutiennent leurs affirmations en présentant leurs initiatives, qui ont été appliquées lors d'un projet entrepris dans un hôpital médico-légal australien, projet qui avait précisément pour but la réduction de la mesure d'isolement. Ensuite, relativement à

l'agressivité des patients, les travailleurs se blessent lorsqu'ils sont en fonction. Il en résulte des coûts associés au traitement physique et psychologique, ainsi qu'une augmentation des congés de maladie demandés. Il faut considérer que les actes violents commis par les patients affectent le personnel soignant jusqu'au retour au travail; ces travailleurs sont ainsi plus susceptibles d'éprouver une insatisfaction par rapport à leur travail (Dickens, Piccirillo et Alderman 2013). Le niveau d'anxiété de ces derniers augmente nécessairement, alors qu'il est chose admise que l'augmentation des niveaux de stress va le plus souvent de pair avec une augmentation des congés de maladie et une volonté des employés de quitter leur emploi (Dickens, Piccirillo et Alderman 2013).

Tous les faits rapportés indiquent donc la nécessité de réfléchir davantage aux mesures visant la prise en charge de la violence dans les centres par les intervenants en place.

1.1 Les outils d'évaluation et d'intervention pour la prise en charge de la violence

En raison de l'ampleur des conséquences de la violence, plusieurs études se sont donc intéressées à ce phénomène dans la pratique professionnelle (Quanbeck, 2006; Fluttert et *al.*, 2010). Pour faire face à la réalité de la violence dans les établissements de santé, il existe dans la littérature de multiples outils ou grilles d'évaluation précoces de la violence visant à soutenir le jugement clinique. Ces instruments de mesure auraient pour effet de réduire les agressions en milieu hospitalier (Lyons, 2009). Ils sont variés et sont disponibles pour évaluer le risque imminent d'agression et déterminer un niveau d'intervention rapide et approprié (Ogloff & Daffern, 2006).

Ainsi, l'identification des patients potentiellement violents et l'implantation d'un traitement efficace pour prévenir les incidents se sont révélées des stratégies efficaces pour la réduction du recours à l'isolement et à la contention (BjÖRkdahl, Hansebo et Palmstierna, 2013). En effet, dans l'étude de Maguire, Young et Martin (2012), les auteurs ont constaté une baisse significative de la gravité des incidents agressifs et de la fréquence d'application de la mesure de contention dans un hôpital de psychiatrie légale aux Pays-Bas, et ce, suite à l'introduction d'un modèle de dépistage précoce du risque de violence. Ainsi, la gestion de l'agressivité en

psychiatrie légale nécessite la prévention, par conséquent, une évaluation clinique complète et précoce en fonction du contexte organisationnel (Maguire, Young et Martin, 2012).

Dans cet esprit et dans le but de répondre au besoin d'actualisation des connaissances des intervenants au Québec, une équipe de chercheurs a déjà procédé à l'élaboration et à l'implantation d'une formation minimale, qui a mené les intervenants à utiliser l'outil d'évaluation *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (version française) DASAfr. (voir l'annexe 1) dans le cadre d'un projet pilote portant sur une unité de soins intensifs psychiatriques à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM) (Larue, Dumais et Michaud, 2012). Cette grille d'évaluation est un outil qui vise à détecter de façon précoce des comportements agressifs dans les 24 heures, mais ne se substitue aucunement aux formations de prévention et de gestion des comportements agressifs, ni à l'obligation d'inscrire des notes complètes et pertinentes au dossier du patient. La grille DASAfr. est un outil au service du jugement clinique de l'infirmière, mais il ne le remplace pas, celui-ci primant sur l'utilisation de la grille. En contrepartie, la recherche a déjà montré que le jugement clinique seul ne produit pas de résultats satisfaisants en termes d'évaluation du risque de violence (Larue, Dumais et Michaud, 2012). En d'autres mots, l'utilisation d'un outil d'évaluation est complémentaire au jugement clinique des intervenants.

Cette formation à l'utilisation de la grille DASAfr. dispensée au sein d'un institut de psychiatrie générale vise à accompagner les intervenants dans le développement des compétences leur permettant de compléter la grille de détection précoce du comportement agressif. D'une durée de trois heures, elle présente la définition des termes qui décrivent les comportements agressifs, ainsi que des capsules vidéo adaptées au domaine de la psychiatrie générale. Somme toute, il s'agit d'une formation axée sur la compréhension des indicateurs d'agressivité à observer. Par conséquent, selon notre évaluation, elle présente les limites suivantes : la formation est ponctuelle et sans suivi, les vidéos ne sont pas adaptées à la réalité d'un institut de psychiatrie légale et la formation fait état de peu de liens avec l'ensemble des compétences infirmières, en plus de comporter des stratégies pédagogiques peu variées et de présenter des limites en termes de stratégies de transfert des connaissances. C'est justement dans le but de contrer ces limites que nous avons choisi, dans le cadre de ce stage, d'adapter

cette formation au contexte de la psychiatrie légale, tout en utilisant une approche novatrice en formation pour assurer un transfert de connaissances stratégique.

1.2 But et objectifs du stage

Le but du stage était d'adapter et de mettre à l'essai une formation sur l'évaluation et la gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr. auprès d'intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale. Voici les objectifs fixés :

1. Réviser et adapter le contenu actuel de la formation pour le personnel œuvrant auprès des patients de psychiatrie légale;
2. Développer une trousse de formation sur l'utilisation de la grille DASAfr. qui comprend le contenu de la formation (selon l'approche par compétence) et un guide du formateur, en appliquant un modèle de transfert de connaissance;
3. Concevoir trois vignettes présentant des situations d'apprentissage contextualisées;
4. Dispenser la formation auprès d'un groupe de gestionnaires et de formateurs et;
5. Valider la présence des indicateurs dans les vignettes d'apprentissage auprès des experts du milieu.

1.3 Objectifs d'apprentissage

1. Concevoir, planifier et mettre en application une formation (mise en pratique des principes et concepts de gestion de projet);
2. Développer des habiletés d'animation lors de la prestation de la formation auprès d'un groupe de gestionnaires et de formateurs.
3. Développer des compétences transversales en lien avec la gestion de projet, entre autres, le déploiement d'un leadership mobilisateur et;
4. Approfondir nos connaissances en lien avec le développement des compétences professionnelles, dans un contexte de psychiatrie légale.

2. Recension des écrits théoriques et empiriques

À cette étape du déroulement du stage, notre intérêt s'est porté sur les démarches d'élaboration et d'implantation de la formation concernant les outils d'évaluation et de gestion de la violence. Cette recension nous a permis de situer notre proposition d'intervention par rapport à ce que la littérature présente concernant, en premier lieu, l'implantation de certains outils d'évaluation du risque de violence; en deuxième lieu, l'utilisation d'un modèle de transfert de connaissance adapté à la problématique; et en troisième lieu, le choix d'une approche pour adapter la formation.

2.1. Analyse critique de l'implantation des outils d'évaluation de la violence

Tout d'abord, une étude pilote prospective effectuée en Irlande du Nord et en Écosse présente de façon détaillée les avantages de l'outil d'évaluation DASA-IV (Vojt, Marshall & Thomson, 2010). Si le sujet de l'implantation de cet outil n'a pas été clairement abordé, on rapporte toutefois que toutes les infirmières, sans en préciser le nombre, qui ont fait partie de cette étude ont été dûment formées. L'étude de Vojt, Marshall & Thomson (2010) portant sur l'implantation de la grille DASA-IV soulève plusieurs éléments dont il nous faut tenir compte en vue de l'adaptation et de l'implantation d'une formation future : 1) intégrer la grille d'évaluation des risques à court terme parmi les tâches des intervenants de façon à ne pas augmenter leur charge de travail et ainsi potentialiser son efficacité; 2) appliquer des stratégies qui tiennent compte des perceptions et des attitudes du personnel en soins infirmiers. En outre, il nous semble que l'accent n'a pas été porté sur l'impact que pourrait avoir la formation sur le taux d'utilisation de la grille (Vojt, Marshall et Thomson, 2010).

Par ailleurs, en Angleterre cette fois, dans l'*International Journal of Forensic Mental Health* (Nicholls et al., 2011), les auteurs y examinent l'implantation et la mise à l'essai de START, un outil d'évaluation de la violence dans un centre de psychiatrie légale (Nicholls et al., 2011). Cependant, cette étude ne présente ni les séquences de la formation, ni les stratégies éducatives déployées pour le transfert des connaissances, ni la durée d'une séance de

formation. Par contre, le soutien apporté aux professionnels lors de l'implantation et après celle-ci semble avoir été garant de l'utilisation fructueuse de cet outil clinique.

En ce qui a trait à l'implantation de l'outil HCR-20, une formation à cet effet a été dispensée au personnel d'un centre de psychiatrie légale anglais, entre 2006 et 2007 (Reynolds & Miles, 2009). Le personnel était composé de 17 personnes, dont quatre aides-psychologues, un psychologue judiciaire, cinq psychologues cliniciens, six psychiatres et un travailleur social. Les infirmières n'ont toutefois pas assisté à cette formation à cause de la pénurie du personnel infirmier, mais on souligne que les aspects les plus utiles de la formation ont été le plan de roulement appliqué, ainsi que le style de présentation de l'animateur. En effet, les résultats de cette étude montrent une amélioration de la qualité d'évaluation du risque de violence observée après la formation Reynolds & Miles (2009). Les auteurs attribuent cette amélioration à l'impact positif du style pédagogique appliqué et au rythme du déroulement de la journée. Les modalités pédagogiques utilisées ont été variées, telles que des discussions de groupe, des exemples de cas, des présentations d'enseignement magistral et une documentation pertinente (Reynolds & Miles, 2009). En outre, les chercheurs ont formulé quelques recommandations qui sont centrées exclusivement sur l'utilisation de l'outil. Par ailleurs, aucune évaluation de la formation ou de son impact sur l'utilisation de l'outil n'a été faite.

Dans une étude publiée en 2013 en Angleterre, Chu, Daffern & Ogloff s'intéressent à la validité prédictive des outils d'évaluation du risque de violence, à savoir les grilles DASA, BVC et HCR-20 dans l'étude de Chu, Daffern et Ogloff (2013). À travers tout ce qui est présenté par les auteurs, il ne figure aucune information sur la stratégie déployée pour implanter les outils mentionnés. Les auteurs n'abordent pas la notion de transfert de connaissances. Le but ultime des chercheurs est de vérifier la validité prédictive des outils d'évaluation de la violence et non la formation ou le transfert des connaissances (Chu, Daffern & Ogloff, 2013).

En somme, parmi les études consultées portant sur l'implantation de multiples outils d'évaluation de la violence, aucune n'aborde le thème du transfert de connaissances lors du processus d'implantation de l'outil d'évaluation en milieu clinique en psychiatrie légale.

Cependant, dans certaines d'entre elles, la formation est abordée de façon brève pour documenter l'intégration de cet outil dans la pratique clinique. Dans la littérature, les formations sur les outils d'évaluation du risque de violence sont peu décrites. Lorsqu'elles le sont, ceci est fait implicitement, à travers une étude d'implantation par exemple. Les auteurs font référence au choix des bonnes personnes pour donner la formation, à des modalités pédagogiques actives, à la disponibilité du matériel de formation et au suivi. Quant à la durée de la formation, lorsqu'elle est mentionnée, elle varie de 5 heures à 3 jours.

2.2 Le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa de Logan et Graham (2004)

Tant en sciences infirmières que dans les sciences connexes, apporter des changements de pratique à l'aide de nouvelles connaissances issues de la recherche nécessite diverses stratégies (Graham & *al.*, 2008). Ces auteurs stipulent que la mise en œuvre de stratégies assurant un transfert de connaissances doit impérativement tenir compte de plusieurs facteurs influençant les changements, à savoir : l'individu, le contexte social et organisationnel dans lequel il exerce.

Le choix s'est arrêté au modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (MURO) développé et proposé par Graham et *al.* (2008) (voir la figure 2.1), car ce dernier permet l'intégration des concepts et des théories qui doivent être pris en compte lors de l'implantation d'une nouvelle pratique. Il se distingue des autres modèles par ses caractéristiques et ses composantes variées. Il permet aussi d'orienter le processus de l'intervention vers l'atteinte des objectifs préalablement définis.

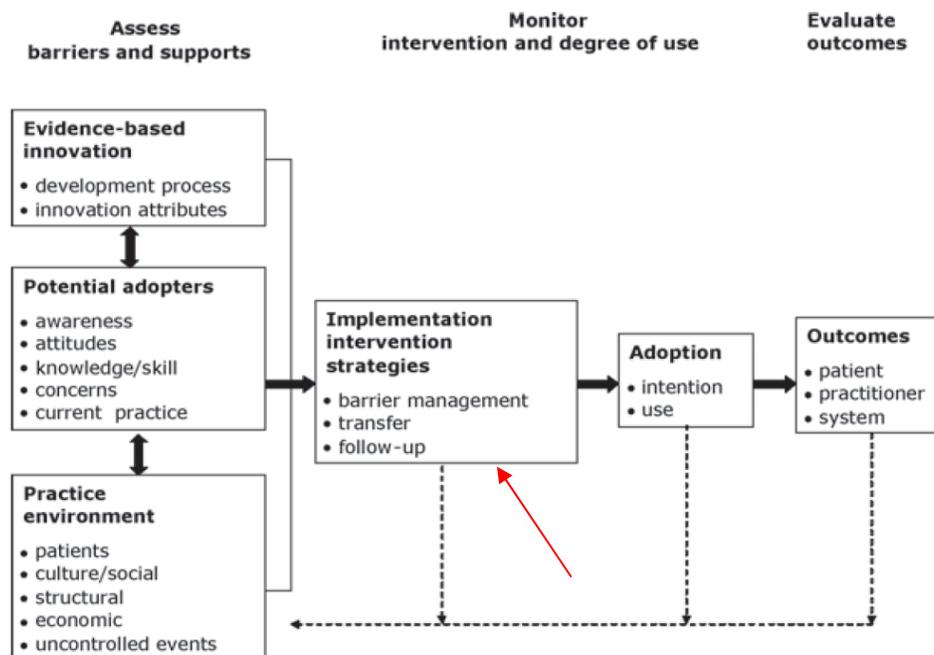


Figure 2.1 Le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (MURO) (Graham *et al.* 2008)

D'entrée de jeu, le modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (MURO) de Graham *et al.*, présente une matrice tridimensionnelle d'éléments à gauche de la figure ci-dessous, qui peuvent être présents sur un continuum allant de haut en bas (Graham *et al.*, 2008). Comme présentés sur la première colonne verticale de la figure 1, les résultats probants de l'innovation, les personnes visées par le changement et l'environnement de pratique sont essentiels pour pouvoir cerner les obstacles et les agents-facilitateurs qui ont un impact sur le processus d'implantation. La recherche dans laquelle s'inscrit l'adaptation de la formation a tenu des focus groupes dans les unités ciblées pour documenter ces facteurs. Outre les éléments du modèle présentés horizontalement, il faut ensuite choisir et surveiller les stratégies d'application des connaissances, surveiller l'adoption de l'innovation, et finalement évaluer les résultats de l'innovation. Ce sont des étapes pour lesquelles il y a toujours une possibilité d'effectuer une rétroaction en fonction des éléments soulevés lors de l'étape de surveillance. Notre projet de stage se situe au niveau des stratégies d'application des

connaissances qui se situe à l'étape de *Implementation, intervention strategies* du modèle MURO (Figure 2.1).

2.2.1. Intégration des théories d'apprentissage au MURO

Il est à noter que les stratégies éducatives illustrées à la figure 2.2 correspondent aux stratégies d'application des connaissances sélectionnées pour l'adaptation de la formation en question. Les concepts présentés à la figure 2.1 *Implementation, intervention strategies* du modèle (désigné par la flèche) MURO proposent d'adopter des stratégies de transfert de connaissances qui tiennent compte des barrières potentielles identifiées à l'étape précédente. Ce modèle propose aussi d'intégrer des stratégies de gestion pour une implantation optimale et avertie. Autrement dit, adopter des moyens stratégiques pour que les apprenants puissent s'approprier de nouvelles connaissances en réponse à leurs attentes. À l'aide de ce modèle, nous avons jugé nécessaire de tenir compte des savoirs expérientiels des apprenants et de leurs connaissances antérieures sans perdre de vue le contexte propre à l'exercice. C'est en considérant ces concepts essentiels que le choix des stratégies éducatives a été fait dans le but de répondre aux besoins spécifiques de ceux qui ont à adopter la nouvelle pratique, et ainsi viser à ce que cette dernière soit pérenne.

En ce sens, les stratégies d'application des connaissances incluent la stratégie de la formation et son contenu. Ces stratégies s'appuient sur les pratiques exemplaires en psychiatrie légale, incluant les indicateurs de violence qui caractérisent la grille DASAfr. Elles devaient aussi convenir à l'environnement de pratique, tout en visant la pérennité de la nouvelle pratique. Autrement dit, outre la nécessité de contextualiser les nouveaux savoirs à intégrer dans le milieu, nous avons assuré la sélection d'une stratégie d'apprentissage intégrative et active. Dans ce sens, en premier lieu, comme stratégies éducatives, nous avons sélectionné l'approche par compétence (Tardif, 2006) pour adapter la formation. En deuxième lieu, les pratiques exemplaires de la formation infirmière mises de l'avant par Benner et *al.* (2010) pour animer les ateliers de formation.

Par définition, l'approche par compétence consiste en « un savoir agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources, tant internes qu'externes », et ce, pour résoudre des situations uniques et complexes (Tardif, 2006, p. 22). Le projet actuel porte sur le développement des compétences professionnelles et, selon Le Boterf (2006) « le concept de compétence doit être en accord avec l'évolution des contextes et des situations de travail, compte tenu de la montée de la complexité et de l'imprévisibilité des situations professionnelles » (cité dans le document de l'INSPQ, 2011, p.27). Contrairement à l'approche par objectifs¹, l'approche par compétences est centrée sur la mobilisation et l'usage des ressources. Elle prépare les professionnels à agir de façon optimale et appropriée, en fonction de la situation.

Dans le même ordre d'idées, pour intégrer des situations professionnelles à la formation, Tardif (2006) suggère de mettre en évidence le rôle des situations professionnelles qui contribuent à donner un sens aux connaissances nouvelles qu'exige dans notre cas l'utilisation de la grille DASAfr. À cet effet, il a été jugé essentiel d'utiliser des situations cliniques variées empruntées à la pratique en faisant usage, en contexte, des savoirs formellement acquis. Dans ce cas, ces savoirs font référence aux pratiques exemplaires en psychiatrie légale. Ce sont des assises de base qui mettent de l'avant le rôle de l'infirmière en psychiatrie légale à travers l'évaluation et les interventions relatives à son champ de pratique. Ainsi, l'opérationnalisation du développement des compétences repose sur l'utilisation de situations d'apprentissage menant à des activités d'enseignement dont le rôle premier est de rendre les apprentissages significatifs.

L'animation des ateliers de formation repose sur les lignes directrices émises par Benner et ses collègues (2010). En fait, les études de Benner et *al.* (2010) s'intéressent principalement à l'articulation des apprentissages expérientiels dans la pratique infirmière et à la proposition d'approches novatrices pour la formation infirmière (Benner et *al.*, 2010). Cette approche des soins infirmiers cadre très bien avec le contexte de notre projet de stage dans le milieu

¹ L'approche par objectifs est plus centrée sur l'acquisition des connaissances, ce qui est limité par rapport au niveau des compétences professionnelles que possèdent les professionnels en place.

infirmier. À cet effet, l'ouvrage de Benner et al. (2010) présente de multiples stratégies que les formateurs en sciences infirmières sont invités à adapter à leurs séances de formation.

En premier lieu, ces auteures conseillent de « contextualiser les nouvelles connaissances et de mettre l'accent sur l'enseignement du sens de l'abstraction (*sens of salience*). Stimuler l'usage de la cognition et l'action à travers des situations uniques, vécues en clinique, et les recontextualiser (action située) » (Benner et al. 2010, p. 82, traduction libre). Autrement dit, le formateur doit animer une situation d'apprentissage où l'action de l'apprenant se pose en fonction d'une situation réelle. Cette étape s'illustre à travers l'utilisation des vignettes qui seront conçues et basées sur des histoires de cas réels. Ces vignettes font référence aux situations d'apprentissage qui seront décrites plus loin.

Le coaching est aussi une intervention identifiée par ces auteures comme pouvant guider les apprenants dans le développement de leurs sens de l'abstraction. C'est une approche bien adaptée à l'enseignement clinique qui offre un soutien direct et dynamique à travers les échanges (Benner, et al., 2010). De plus, ces auteures encouragent les formateurs à « intégrer l'enseignement académique à l'enseignement clinique. Autrement dit, ramener les situations qui font partie de l'expérience vécue et du terrain clinique vers la formation pour améliorer la pratique » (Benner et al., 2010, p. 106). Ici, elles font appel à une approche plus inductive que déductive qui part de l'expérience de l'intervenant pour conceptualiser les faits lors des situations de soin. Lors de l'épisode d'apprentissage, elles suggèrent d'utiliser le questionnement, et ce, afin de susciter la réflexion. Ensuite, pour améliorer la pratique clinique, elles encouragent les éducateurs en sciences infirmières à offrir un contexte pouvant permettre à l'apprenant de se pratiquer. Ici, nous pouvons voir la référence aux situations d'apprentissage abordées en approche par compétence de Tardif (2006).

2.2.2 Situations d'apprentissage comme approche dynamique

Les mises en situation doivent être placées en contexte, ouvertes, intégratives et déboucher sur des activités diversifiées susceptibles d'intéresser les utilisateurs potentiels (Tardif, 2006). De plus, elles doivent s'inscrire en relation avec les domaines généraux de formation commune, permettre de développer des compétences disciplinaires et transversales, et aussi, traiter d'un

contenu disciplinaire propre au contexte de la psychiatrie légale. Finalement, les stratégies pédagogiques liées à l'enseignement des compétences qu'il est essentiel d'intégrer dans les situations d'apprentissage (SA) doivent permettre la discrimination et la généralisation. Les stratégies de généralisation permettent à l'apprenant d'identifier ce qu'il y a de commun entre les diverses situations, alors que les stratégies de discrimination lui permettent d'identifier ce qui distingue les différentes situations (Tardif, 2006). Ces deux stratégies sont essentielles pour le développement du savoir conditionnel, en ce qu'elles permettent l'élaboration de situations d'apprentissage professionnelles complexes. Tardif (2006) insiste sur la mobilisation du savoir conditionnel à travers la contextualisation des situations d'apprentissage.

2.2.3 Contextualisation

Le contenu des SA doit être élaboré et structuré à l'aide des pratiques exemplaires de soins en psychiatrie légale. Ainsi, le contexte qui sera considéré dans les SA visant une appropriation de la grille DAS Afr. s'inscrit dans une position importante dans le domaine de la pratique infirmière en psychiatrie légale, à savoir que les infirmières doivent accroître leur prise de conscience de ce qu'impliquent les soins infirmiers en psychiatrie légale. Elles doivent tenir compte des défis du travail en collaboration dans un domaine relevant à la fois de la santé et du juridique (Constantino et *al.*, 2013).

La collaboration avec des patients partenaires est considérée comme un élément majeur et novateur en matière de contextualisation. Deux patients partenaires en rétablissement qui vivent avec un trouble de santé mentale et qui ont déjà collaboré à des travaux de recherche à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont été invités à participer au présent projet. Un des deux patients a déjà été hospitalisé à l'Institut où se déroulait le stage. Les deux patients partenaires ont manifesté leur enthousiasme à partager généreusement leur expérience de santé et à jouer le rôle de patients dans les vignettes. La collaboration avec des patients partenaires dans le domaine de la formation est une pratique novatrice et prometteuse pour au moins deux raisons. La première raison est la contextualisation des nouvelles connaissances afin de mettre de l'avant l'expérience du patient au profit du développement de la pratique professionnelle. La deuxième raison est d'assurer un apprentissage actif face à des situations

de soins réelles. Ce sont des situations d'apprentissage qui impliquent une participation active (partage d'expérience de maladie) des patients au même titre que celle des intervenants. Dans le même ordre d'idées, solliciter la participation des patients partenaires au projet de formation est aussi une occasion de partager leurs expériences de maladie et de gestion des comportements violents avec les apprenants et avec les formateurs dans le but de mettre en contexte des nouveaux savoirs. En effet, comme il a été mentionné dans Pelletier et *al.* (2013), le partage de l'expérience des patients partenaires est une source de connaissance considérable qui permet aux intervenants et cliniciens de réfléchir sur leur pratique et ainsi adapter cette dernière pour mieux répondre aux besoins des patients en question. Également, un autre avantage considérable a été avancé dans cette étude stipulant que : *la présence d'un patient partenaire de soin au sein d'une équipe clinique qui fait aussi de la recherche peut ainsi également avoir une influence positive sur les futurs praticiens en formation ou en stage au sein d'une telle équipe, notamment en contribuant à diminuer la stigmatisation de la maladie mentale auprès des professionnels de la recherche et de la clinique* (Kim, 2005, cité dans Pelletier et *al.*, 2013).

En ce sens, cet ensemble de stratégies qui visent le développement de deux compétences dans la pratique de la psychiatrie légale devait être soutenu et mis de l'avant à l'aide d'un modèle de transfert de connaissances intégratif. Dans ce qui suit, nous présentons l'application concrète des stratégies d'application des connaissances qui sont un des éléments à prendre en considération dans l'implantation d'une nouvelle intervention selon le cadre de référence (MURO) expliqué précédemment. La figure 2.2 illustre les stratégies d'application des connaissances essentielles du projet. Tout d'abord, la formation a été élaborée selon une approche par compétence qui s'appuyait sur les pratiques exemplaires en psychiatrie légale, les indicateurs de violence de la DASA et sur l'évaluation des mesures alternatives. Ensuite, les vignettes d'apprentissage ont été élaborées en respectant deux principes : celui de la contextualisation et de la collaboration avec des intervenants et des patients partenaires. Nous considérons ces éléments comme étant des stratégies de transfert de connaissances, car elles tiennent compte de la réalité de pratique. Encore une fois, l'approche choisie pour l'adaptation de la formation s'inscrit dans l'étape de stratégie d'intervention-implantation du modèle MURO.

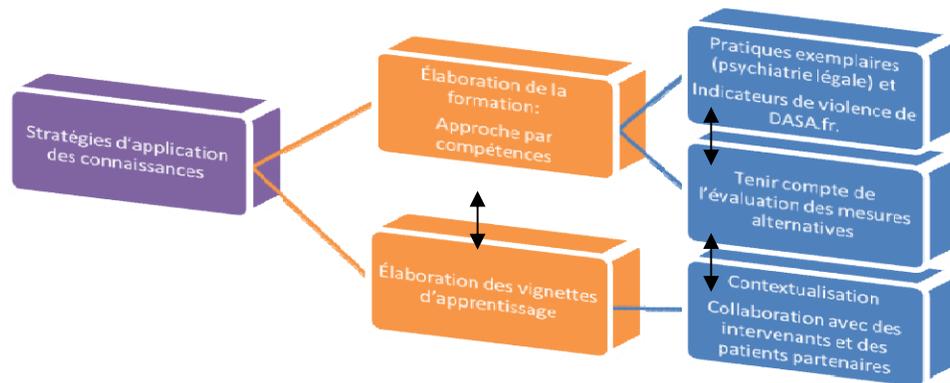


Figure 2.2 Opérationnalisation des stratégies d'application des connaissances du modèle MURO (Graham et al. 2008) pour l'adaptation de la formation à l'utilisation de la grille d'évaluation d'agressivité DASAfr.

À présent que la stratégie d'application des connaissances a été présentée, voyons l'orchestration concrète des étapes sur le terrain.

3. Déroulement du stage

Dans ce qui suit, il sera question de présenter une description du milieu de stage, les principales étapes de son déroulement et finalement, une analyse critique des démarches entreprises.

3.1 Description du milieu de stage

Le stage a été réalisé à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, un des hôpitaux psychiatriques universitaires à haute sécurité situé dans l'est du Canada, offrant des services de 3^e ligne en psychiatrie légale. Cet Institut porte la recherche et le développement des compétences professionnelles au cœur de sa mission.

La clientèle adulte admise à ce centre présente de graves problèmes de santé mentale, en plus de présenter un risque élevé de comportements violents. De plus, l'Institut accueille des personnes pour lesquelles une demande d'expertise a été ordonnée par la Cour. En outre, le développement de partenariats avec différents services et ressources externes crée les conditions permettant à cet établissement d'offrir des activités de réadaptation favorisant la réinsertion sociale des patients.

Par ailleurs, la mission de cet établissement est d'assurer le déploiement d'un leadership dans la gestion des comportements violents. Ainsi, l'intervention qui a été réalisée à travers ce stage allait dans le même sens que les intentions émises dans le plan stratégique que cet Institut a présenté pour 2012-2015 (Institut Philippe-Pinel-Plan stratégique, 2014). Dans ce plan stratégique, concernant le volet du maintien et du développement des pratiques, l'Institut vise l'atteinte de nombreux objectifs dont : 1) l'intégration de nouveaux outils cliniques et la consolidation de l'utilisation des outils existants; 2) le transfert des apprentissages dans le milieu par la formation et l'accompagnement; 3) mettre l'accent sur l'apprentissage des attitudes clés pouvant accroître le sentiment de sécurité (Institut Philippe-Pinel-Plan stratégique, 2014). C'était donc là une occasion et un terrain propices à l'adaptation et à la mise à l'essai d'une formation. Cette formation visait justement l'intégration d'un outil

d'évaluation du risque de violence en mesure de soutenir le jugement clinique infirmier pour une prise en charge de situations de soins variées.

3.2 Les personnes ressources

Les différentes personnes impliquées dans la réalisation du projet de stage occupent des positions professionnelles variées. En plus de travailler avec la directrice et la codirectrice du projet, nous avons travaillé en étroite collaboration avec un infirmier-conseiller clinicien de l'Institut. De surcroît, les membres de la direction des soins infirmiers, à savoir ceux qui assurent la formation et la gestion des soins infirmiers, ont affiché leur intérêt à collaborer à l'avancement du projet et à nous accompagner dans nos démarches d'intégration et de développement. Si nous avons rédigé les scénarios d'apprentissage et supervisé leur réalisation, par ailleurs, la conception et la coordination du montage des vignettes d'apprentissage ont été assurées par un agent d'intervention de l'Institut.

Au-delà de ces personnes ressources, le travail de conception des vignettes a été mené en collaboration avec le personnel clinicien et les intervenants sociothérapeutes du milieu tout au long du stage.

3.3 Les démarches préparatoires à l'intervention en stage

Préalablement au stage, une rencontre a eu lieu avec le conseiller clinicien en soins infirmiers au cours de laquelle nous avons présenté notre problématique, une recension des écrits et un plan d'action détaillé. Ce plan d'intervention a été accepté et le stage a débuté officiellement le 14 avril 2014.

Une semaine nous a été nécessaire pour nous familiariser avec le milieu et les ressources matérielles et humaines de l'Institut. Un bureau du centre de recherche de l'Institut nous a également été octroyé. Tout au long du stage, nous avons eu la chance d'échanger sur de multiples sujets avec des psychiatres, des psychologues et des étudiants de domaines scientifiques variés en lien avec la psychiatrie légale.

Basées sur des stratégies d'apprentissage intégrées à l'étape *Implementation Intervention strategies* qui est l'une des étapes du modèle d'Ottawa de l'utilisation de la recherche (Graham *et al.* 2008) et sur le plan d'action présenté au comité d'approbation, les étapes de notre intervention sur le terrain se sont échelonnées sur trois mois à temps complet.

La première étape regroupait la planification de la remise de trois livrables. Le premier livrable consistait en l'adaptation du contenu de la formation au contexte de la psychiatrie légale, sur la base de l'approche par compétence; le second en l'élaboration des vignettes d'apprentissage; le troisième en la l'adaptation d'un guide du formateur.

La prochaine section sera l'occasion de présenter les grandes lignes des trois étapes du processus.

3.4 Adaptation du contenu de la formation pour l'utilisation de la grille DASAfr. au contexte de la psychiatrie

Le premier livrable consistait en l'adaptation d'une trousse de formation pour l'utilisation de la grille DASAfr. Cette trousse devait contenir le guide du formateur, ainsi qu'un support visuel de type PowerPoint présentant le contenu de la formation. Pour ce faire, nous avons d'abord rencontré le conseiller clinique afin d'identifier le référentiel de compétences et le modèle de soins infirmiers qui illustre la représentation des systèmes adaptatifs humains de *Callista Roy* présents dans le milieu de stage. Nous avons également contacté une conseillère de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec pour nous assurer qu'il n'existe bel et bien aucun référentiel de compétences encadrant la pratique infirmière en psychiatrie légale au Québec, comme il en existe un pour la pratique infirmière en psychiatrie générale.

Ensuite, nous avons pris connaissance de la charte des compétences existant dans le milieu de stage et nous y avons repéré les compétences pouvant se rapporter à l'évaluation et à la gestion des comportements violents. Selon les membres de la direction des soins infirmiers et certains membres du personnel chargés de la formation, le modèle de soins infirmiers de *Callista Roy* n'est pas adapté au contexte de la psychiatrie légale, donc ce dernier sera éventuellement remplacé par un modèle plus approprié à la réalité du milieu des soins. Il était tout de même présent à titre de référence comme philosophie de soin traditionnellement adoptée.

Par la suite, nous avons effectué une recherche documentaire afin d'approfondir notre connaissance de la pratique et du rôle de l'infirmière dans le domaine de la psychiatrie légale. Cela nous a permis d'identifier plusieurs savoirs nécessaires à la pratique infirmière dans le cadre de cette spécialité (Ewalds-Kvist et *al.*, 2012; Timmons, 2010). Ces multiples savoirs viennent soutenir les compétences entourant l'évaluation et l'intervention infirmière en contexte de violence en psychiatrie légale. En ce sens, dans ce qui suit, en trois temps, nous présentons le cadre de nos démarches afin de faire la sélection des compétences adaptées à l'utilisation de la grille DASAfr. Les annexes 2 et 3 constituent l'illustration de notre démarche afin de faire la dite sélection.

Dans le champ de pratique de la psychiatrie légale, les compétences que nous devons identifier doivent tenir compte en premier lieu de la loi régissant la pratique infirmière au Québec (Gouvernement du Québec, 2014). Cette loi stipule que l'infirmière doit évaluer l'état de santé, dans ce cas, la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, et la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques. Elle exige aussi d'intervenir en établissant un plan thérapeutique infirmier.

En deuxième lieu, les éléments des compétences qui seront identifiés doivent reposer sur un ensemble de savoir. À cet effet, une recherche documentaire nous a permis de souligner les assises de base des compétences des infirmières en psychiatrie légale. Selon les études consultées, il est important de considérer que le fait d'exercer les soins infirmiers en psychiatrie légale dans un environnement hautement sécurisé implique le développement des connaissances en lien avec les notions juridiques (Koskinen et *al.*, 2014). De plus, on suggère aussi de former le personnel à mieux se servir des outils d'évaluation de la violence (Timmons, 2010). De plus, l'évaluation des risques de violence et la promotion des capacités de réadaptation des patients, en considérant les points de vue des patients et de leurs familles, fournissent actuellement un cadre efficace pour la prévention de la violence et son traitement (Tenkanen et *al.*, 2011; Koskinen et *al.*, 2014)

Bref, l'exercice infirmier en psychiatrie légale exige un travail de collaboration qui implique des compétences multiples basées sur des assises théoriques variées. Les thèmes identifiés dans les écrits sont les savoirs scientifiques en lien avec la maladie mentale, la gestion des

comportements perturbateurs, la violence, les lois, la pharmacologie, l'éthique, les stratégies de gestion de crise, les alternatives aux mesures de contrôle, les indicateurs de violence, l'application de l'approche biopsychosociale en soins infirmiers, et finalement les approches et techniques de communication. (Timmons, 2010; Ewalds-Kvist et *al.*, 2012). Quant aux notions en lien avec le savoir-être, nous avons noté la rigueur, le leadership, l'autonomie, la maturité. À travers cet exercice, il a donc été possible de situer les indicateurs de la grille d'évaluation DASAfr.

En troisième lieu, nous avons aussi tenu compte des compétences infirmières identifiées dans le Guide d'évaluation des compétences de l'IPPM. (Bouchard, Brochu et Desbiens, 2011).

En somme, à la suite de ces démarches nous avons proposé des compétences basées sur des référentiels existants. Pour illustrer ce qui soutient chacune des compétences, nous avons fait usage d'un gabarit de devis des compétences à structure complexe pour aborder tous les éléments de chaque compétence (CEFES, 2014) (voir annexe 2).

À la suite de cet exercice, nous avons convoqué une rencontre le 28 avril 2014, afin de présenter l'état des démarches et de valider les compétences sélectionnées pour l'adaptation de la formation. C'est en présence de la directrice de ce présent projet, la co-directrice et l'infirmier-conseiller clinique que nous avons animé une discussion, supportée par un document PowerPoint (voir l'annexe 3). Cette rencontre-midi visait aussi à échanger sur le rôle de l'infirmière qui exerce la profession en psychiatrie légale. Les thèmes de la discussion abordaient aussi l'évolution de la pratique de cette spécialité au Québec comparé à d'autres pays où des études ont été réalisées.

À la fin de cette discussion, deux compétences ont été retenues : *évaluer les risques de violence et initier un plan de traitement en fonction des estimations finales du risque de violence.*

3.4.1 Processus de réalisation des situations d'apprentissage (vignettes)

C'est au regard des compétences retenues et en considérant le corpus de connaissances qui les soutiennent que nous avons débuté la conception de trois scénarios d'apprentissage, dont

l'aboutissement a été la réalisation d'une vidéo de 10 minutes. Ces scénarios ont pris la forme de mises en situation rédigées de façon à mobiliser les savoirs selon l'approche par compétence (Tardif, 2006).

La démarche de rédaction des scénarios a débuté par des rencontres avec le personnel de deux unités ciblées. Ce personnel était composé d'infirmières et de psychothérapeutes. Nous les avons questionnés pour obtenir leur compte rendu de situations réelles, vécues, présentant des manifestations de comportements agressifs et violents de la part des patients, ainsi que de leurs interventions en fonction des situations. Nous avons été à l'écoute de leur expérience dans le contexte d'épisodes de crises d'agressivité réellement vécues sur les unités ainsi que sur leur prise en charge des situations tout en explorant les mesures alternatives utilisées. Ces rencontres nous ont permis de contextualiser les mises en situation d'apprentissage en fonction de la réalité de la pratique professionnelle au sein de l'Institut.

À la suite de ces rencontres avec les intervenants, nous avons entamé la rédaction des trois scénarios (voir l'annexe 4). Cette étape a été effectuée en respectant les principes des situations d'apprentissage selon l'approche par compétence mis de l'avant par Tardif (2006). Les principes que nous avons mis en application sont les suivants:

- En mettant en évidence le rôle des situations professionnelles qui contribuent à donner un sens aux connaissances nouvelles qu'exige l'utilisation de la grille DAS Afr., et ce, par le moyen de situations cliniques variées empruntées à la pratique;
- En faisant usage, en contexte, des savoirs formellement acquis;
- En favorisant l'établissement d'un rapport plus pragmatique au savoir;
- En laissant davantage de place à l'initiative et à la créativité de l'apprenant en contexte.

Le contenu des scénarios a été validé à la suite de rencontres itératives avec la directrice et les experts formateurs du milieu, de façon informelle, pour s'assurer que les indicateurs de la grille DAS Afr. étaient bien ciblés.

Ensuite, une fois que les scénarios écrits ont été finalisés, et en présence du conseiller clinique, nous avons pris contact avec un agent d'intervention de l'Institut qui s'est porté volontaire

pour assurer, en collaboration avec un caméraman et scénariste, la réalisation, la direction artistique et le montage postproduction nécessaire à la conception des vignettes (vidéo). Une rencontre a été réalisée au préalable avec l'agent d'intervention pour clarifier les attentes de chacun et organiser l'échéancier en fonction du projet.

Après avoir planifié les séquences du tournage, il s'en est suivi la prise de contact avec les patients partenaires, orchestrée par notre directrice de maîtrise. Des explications claires et détaillées du but des vignettes d'apprentissage et leur rôle attendu dans le projet ont été communiquées aux deux patients partenaires qui ont accepté de jouer le rôle de patients lors du tournage des scénarios d'apprentissage.

La rédaction des scripts (voir l'annexe 5), le rassemblement du matériel de tournage, la sélection des acteurs intervenants employés de l'Institut et la planification de la journée de réalisation ont été effectués par l'agent d'intervention. Lors du déroulement du tournage, notre présence était requise pour s'assurer que les comportements violents soient réellement illustrés par les acteurs tels qu'ils sont décrits dans les scénarios. Une journée complète a été nécessaire pour la réalisation des trois mises en scène et le montage s'est échelonné sur deux semaines.

3.4.2 Adaptation de la formation au contexte de la psychiatrie légale

Suite à l'élaboration des vignettes d'apprentissage, nous avons procédé à la révision de la formation sur l'utilisation de la grille DAS Afr.. Nous avons procédé en utilisant le PowerPoint existant et en l'adaptant. Pour ce faire, nous avons suivi les lignes directrices présentées par Benner (2010) et Tardif (2006). Finalement, des recommandations ont été ajoutées au guide du formateur.

3.4.3 Évaluation/validation des vignettes d'apprentissage

Lors de la dernière semaine de stage, nous avons lancé une invitation à plusieurs personnes clés pour le changement de pratique² considérées comme parties prenantes du projet

² À savoir : les coordonnateurs des soins infirmiers des unités concernées, une psychologue qui donne la formation pour l'utilisation de la grille DAS Afr., mes directrices du projet de maîtrise, l'adjointe du directeur des soins infirmiers, le directeur lui-même, ainsi que plusieurs coordonnateurs d'unités de soins.

d'implantation de la grille DASAfr. et experts du milieu. L'ensemble des personnes invitées a répondu favorablement à l'invitation et a participé activement à la rencontre. Cette rencontre a duré 2 heures 30 minutes et a eu lieu dans une salle de la direction des soins infirmiers de l'Institut.

La première partie de la rencontre consistait en la présentation des étapes du projet d'étude, donc celles qui nous ont menées vers le développement des stratégies d'application des connaissances. Ensuite, il a été question de présenter le but de notre intervention dans le cadre du projet de stage et des notions de l'approche par compétence. La deuxième partie comportait une discussion portant sur la question de la pérennité de la nouvelle pratique. En dernier lieu, les experts présents ont été invités à procéder à l'évaluation et à la validation des vignettes auprès des formateurs et des gestionnaires présents.

Nous avons animé la rencontre en créant un contexte de questionnement interactif autour des sept indicateurs de la grille DASAfr., à savoir s'ils étaient présents, complets et si les scénarios contextualisés étaient pertinents. Cette rencontre a été animée en utilisant un support visuel (présentation PowerPoint en annexe 6). Pour conclure la rencontre, chacun des dix participants a été invité à communiquer ses différents commentaires et suggestions. Les principales thématiques/questions soulevées par les participants seront présentées dans la section « Résultats et réflexion ».

3.5 Activités de transfert des connaissances durant le stage

Tout au long du stage, les démarches pour la réalisation du présent projet et le compte rendu de ses résultats ont été dévoilés au fur et à mesure que les occasions se sont présentées. Premièrement, nous avons eu l'occasion de partager la synthèse de notre démarche par une affiche scientifique (voir annexe 7) lors de la Journée annuelle de la recherche du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, qui s'est tenue le 29 mai à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (voir annexe 8). Une soumission au comité scientifique a préalablement été faite au Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (voir l'annexe 9).

Nous avons également animé une présentation (voir l'affiche en annexe 10 et la présentation PowerPoint en annexe 11), le 12 juin 2014, lors d'un club de lecture du Centre d'étude sur les mesures de contrôle (prevenirautrement.ca) qui a eu lieu à l'Institut. Nous avons choisi l'article scientifique « *Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients* » (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013) en raison de sa pertinence pour notre projet. Cette rencontre de deux heures a permis de mettre en évidence la perspective des infirmières et des patients sur la gestion de l'agression et de la violence en psychiatrie légale: un facteur précédemment identifié lors de notre recension des écrits. Une séance de discussion était prévue en deuxième partie de la rencontre, qui a regroupé une dizaine de personnes³ se trouvant à occuper des postes clés et pouvant faciliter le changement de pratique, toutes préoccupées ou intéressées par le thème du développement de la pratique évaluative et de la gestion des comportements violents. Les préoccupations qui ont émergé de cette rencontre sont les suivantes :

- Quels sont les moyens efficaces pour assurer une utilisation des nouvelles pratiques?
- Quel est, selon la littérature, le tremplin à prendre par les intervenants pour adopter des approches novatrices afin d'utiliser des méthodes alternatives aux mesures de contrôle?
- Outre la formation continue, quelles sont les autres solutions pouvant assurer un changement de pratique pérenne.

³ À savoir plusieurs gestionnaires : le directeur des soins infirmiers de l'Institut, son adjointe et quelques coordonnateurs des unités de soins, le conseiller en formation infirmière, mes directrices de projet de maîtrise, ainsi qu'un psychiatre de l'Institut.

4. Résultats et discussion

Les échanges qui ont eu lieu lors des rencontres planifiées avec les experts ont permis d'enrichir nos connaissances. Ils nous ont aussi permis de bonifier et d'orienter nos démarches pour répondre aux besoins et préoccupations du milieu. Tout ceci était dans le but d'améliorer la pratique d'évaluation et de gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr. La participation des experts a été une fois de plus fort utile pour participer au volet évaluatif qui a eu lieu à la fin du stage afin de valider les vignettes d'apprentissage. À vrai dire, l'ensemble des experts invités à valider la présence des indicateurs de violence sur les vignettes ont apprécié l'approche par compétence et le rôle que doit dorénavant adopter le formateur pour l'animation des ateliers. Dans ce sens, par cette attitude d'ouverture, ces ateliers offrent des occasions pour varier les méthodes pédagogiques. Ceci dit, cette pratique va de pair avec les recommandations de l'étude de Reynolds et Miles (2009). Étant donné que le style et les modalités pédagogiques étaient variés, ceci a eu un impact positif sur la motivation des apprenants. Dans ce qui suit, nous passerons en revue les résultats des interactions qui ont eu lieu à ce sujet avec les experts du milieu.

Première vignette (voir l'annexe 3)

Après avoir visionné la première vignette, les gestionnaires experts ont facilement identifié les indicateurs suivants : *Refus de suivre les indications*, *Sensibilité à la provocation perçue*, *Irritabilité* et *Agressivité verbale*, sauf le dernier indicateur ciblé qui est *Autre*. L'exemple qui a été sélectionné pour illustrer cet indicateur est le soliloque. En fait, lors de la rédaction du scénario, il était prévu que le patient manifeste un comportement : soliloque. Ce comportement devait être intégré dans la catégorie *Autre* parmi les indicateurs de violence de la grille DASAfr. (voir l'annexe 1). Selon les invités experts, ce comportement n'est pas forcément un indicateur qui peut conduire le patient à manifester un geste d'agressivité ou de violence. L'usage du comportement soliloque peut semer une confusion chez les apprenants et les mener à associer toute manifestation de soliloque à un signe précoce de manifestation de

violence. Les experts ont suggéré de proposer aux apprenants, lors de la formation, de déterminer ce qu'ils jugent comme un comportement qui, selon eux, ne figure pas parmi les sept indicateurs de la grille, mais qui peut mener à un acte violent et demeure atypique et propre au patient qu'ils connaissent. Tous les participants étaient d'avis qu'il est préférable de ne pas limiter les apprenants à un exemple spécifique ou à un cas unique lors de l'apprentissage. Ils considéraient aussi qu'il faut laisser aux intervenants le soin d'évaluer les comportements des patients en fonction des caractéristiques qui leur sont propres.

Deuxième vignette (voir l'annexe 3)

Dans cette mise en scène, les experts ont réussi à identifier l'indicateur d'*Agressivité verbale*. Ils ont affirmé que l'indicateur d'*Attitude négative* était très difficile à illustrer à travers un épisode ponctuel. Les experts proposent une alternative à savoir: pour pouvoir mieux représenter cet indicateur en pratique, le patient devait manifester ce comportement de façon récurrente lors des épisodes de soins. En faire une évaluation clinique juste nécessite que l'indicateur d'*Attitude négative* s'inscrive dans un contexte particulier. Nous avons tenu compte de cette nuance. Nous avons proposé de garder cet indicateur dans le scénario, mais que les formateurs lors de la formation devaient intervenir en suscitant la réflexion chez les apprenants, tout en les encourageant à puiser dans leur savoir expérientiel pour identifier des attitudes négatives avec des cas empruntés à la pratique clinique. Nous avons aussi proposé de mettre en pratique les recommandations d'animation d'atelier de Benner et ses collègues (2010) afin de les guider à identifier l'indicateur d'*Attitude négative* contextualisé, autrement dit, emprunté de la pratique.

Troisième vignette (voir l'annexe 3)

Pour ce qui est de la dernière mise en scène présentée, les deux indicateurs en cause ont pu être repérés, à savoir *l'impulsivité* et *facilement en colère lorsque les demandes sont refusées*. Les experts présents ont pu aussi reconnaître les nombreux concepts d'apprentissages qui se trouvent dans ce scénario. Cette situation a suscité une interaction entre les experts. Ces derniers rapportent que ce cas constitue une occasion d'avoir une pratique réflexive sur les

interventions des utilisateurs de la grille DASAfr. Autrement dit, cette situation offre une occasion aux apprenants de discuter des mesures alternatives qui peuvent être envisagées et intégrées dans leur plan d'intervention afin d'éviter le passage à l'acte de violence que peut présenter, dans ce cas, la patiente.

À travers cette présentation conclusive du stage, nous avons réfléchi à l'ensemble de nos démarches et en voici le compte rendu.

La revue de littérature a montré une documentation incomplète des stratégies déployées pour concevoir des formations en vue de l'utilisation d'outils d'évaluation du risque de violence. Autrement dit, les formations sont énoncées, mais elles sont peu décrites (Vojt, Marshall & Thomson, 2010; Nicholls, Petersen, Brink & Webster, 2011; Reynolds & Miles, 2009; Chu, Daffern & Ogloff, 2013). Pour pallier à cette lacune, une recension des écrits a permis la sélection du MURO (2004) pour opérationnaliser les activités de transfert de connaissance.

Il est à noter que l'ensemble des objectifs du stage a été atteint. Dans la section qui suit, nous présenterons notre analyse réflexive sur l'atteinte de ces objectifs, ainsi qu'une réflexion sur les stratégies d'application des connaissances que nous avons utilisées.

4.1 Analyse réflexive

Il est important de mentionner qu'à travers tout le modèle MURO nos démarches de réalisation d'activités de stage se situent au niveau des stratégies d'implantation. Autrement dit, lors de cette étape du modèle, nous nous sommes intéressés à l'application des connaissances par le biais de l'adaptation de la formation en question.

Le cadre de référence choisi (voir la figure 2.2) est classé comme un modèle d'action, car il fournit une direction en ce qui concerne les questions qui devraient être abordées et les activités que les agents de changement doivent entreprendre. Le modèle repose sur un processus d'évaluation avant l'implantation, sur un suivi pendant l'implantation, et sur une évaluation des retombées (Graham & *al.*, 2008).

Toujours selon l'étape d'implantation du cadre de référence (MURO), l'adaptation et la mise en application de la formation devaient être soutenues par une formation validée afin de veiller à ce que tous les utilisateurs potentiels intègrent la DASAfr. en fonction des attentes de ceux qui gèrent le changement de pratique. Dans le cas du présent projet, nous avons communiqué la progression des étapes à nos directrices ainsi qu'au clinicien-conseiller, de façon ponctuelle. Toutefois, nos rapports d'étapes n'ont pas été formellement présentés. Ainsi, notre démarche a suivi la recommandation de Graham et *al.* (2008) à l'effet d'effectuer un ajustement de notre intervention en fonction des évaluations et à travers des rencontres ponctuelles avec les différents acteurs concernés pour mener à bien notre projet d'adaptation de la formation.

Ensuite, l'impact de la formation adaptée au contexte de la psychiatrie légale n'a pas encore été validé par les intervenants, car l'occasion de les former ne s'est pas présentée en cours de stage. Par contre, une discussion de validation auprès des experts de l'Institut a eu lieu, telle que décrite plus haut, afin de valider la présence des indicateurs de comportements violents de la grille DASAfr. dans les situations d'apprentissage (vignettes).

Des questions pertinentes ont été soulevées quant aux séquences d'animation de la formation. En effet, on a suggéré de présenter un exercice indépendant de l'utilisation de la grille, dans le but de réactiver les connaissances antérieures afin d'éviter la confusion des notions auprès des apprenants. Dans un autre ordre d'idées, les gestionnaires ont déclaré avoir intégré la grille d'évaluation des risques à court terme parmi les autres tâches des intervenants, tout en ayant des interventions de type soutien ponctuel, en plus de démontrer une sensibilité à l'augmentation de la charge de travail que cela comporte aux travailleurs. Ceci semble avoir potentialisé l'utilisation du nouvel outil. Il s'agit de l'une des stratégies que les gestionnaires ont déclaré avoir utilisée et ceci a clairement été documenté dans l'étude de Vojt, Marshall et Thomson (2010). Autrement dit, dans cette étude, les auteurs rapportent que le fait d'appliquer des stratégies qui tiennent compte des perceptions et des attitudes du personnel en soins infirmiers, et ainsi intégrer une nouvelle pratique tout en demeurant sensibles à leur réalité de pratique, assure une réception plus positive de la nouvelle pratique par les apprenants.

4.2 Réflexion sur l'intervention à travers l'opérationnalisation des stratégies d'application des connaissances du MURO

Dans ce qui suit, nous allons poser un regard critique sur l'opérationnalisation que nous avons présentée à la figure 2.2.

4.2.1 Adaptation de la formation en approche par compétence

Pour adapter une formation, il faut d'abord préparer le terrain. En début de stage, nous avons identifié des parties prenantes dans l'organisation. Ensuite, il a été possible d'établir des alliances planifiées en fonction de nos besoins lors du processus de réalisation. Autrement dit, nous avons procédé à l'avance pour déterminer la disponibilité des ressources humaines et matérielles nécessaires à la réalisation de chaque étape. En effet, les différents acteurs concernés par le projet, tels que l'infirmier clinicien conseiller, les membres de la direction et les intervenants auprès des patients, ont été considérés dès le début comme des agents facilitateurs du changement. Des rencontres ponctuelles ont été planifiées avec ces derniers pour la réalisation des tâches prévues.

L'infirmier clinicien avait un rôle de conseiller et a été la personne ressource chargée de répandre les éléments clés de la formation auprès des équipes visées par le projet de l'Institut. Les coordonnateurs étaient considérés comme ayant une autorité nécessaire pour apporter des changements dans la pratique auprès des intervenants. Cette démarche nous a permis d'atteindre un des objectifs d'apprentissage, soit celui de concevoir et de planifier, tout en mettant en application un plan d'intervention préalablement conçu.

À chaque nouvelle occasion qui s'est présentée pour communiquer les démarches qui ont mené à la conception de la formation, nous avons pris soin d'informer clairement les participants sur l'approche par compétence, en veillant à énoncer les retombées possibles de l'utilisation de cette approche novatrice. Entre autres, nous avons présenté le rôle du formateur adoptant cette approche novatrice pour animer l'atelier de formation sur l'utilisation de la grille DASAfr. Ces clarifications ponctuelles ont permis une meilleure collaboration des gestionnaires et formateurs présents à la nouvelle approche et la pratique suggérée.

Par ailleurs, pour bien s'adapter à l'environnement de stage et travailler en collaboration avec les acteurs du terrain, nous avons identifié et évalué la disponibilité des ressources matérielles et humaines au tout début du parcours. Nous avons recueilli des informations sur les utilisateurs potentiels de la grille DAS Afr., sur leurs fonctions professionnelles dans l'Institut, et plus spécialement sur le rôle des sociothérapeutes sur lequel nous avons peu d'information. Nous avons également cherché à connaître les personnes qui occupent le rôle de formateur, ainsi que les décideurs au niveau macro et micro, les gestionnaires, les administrateurs, les professionnels de la santé (une psychologue et un psychiatre), sans oublier les patients partenaires.

4.2.2 Adaptation des situations d'apprentissage et validation

À la fin du stage, en guise de validation des scénarios d'apprentissage, les utilisateurs potentiels ont été invités à exprimer leur point de vue sur la façon dont la formation avait été développée, comme le suggèrent Graham *et al.* (2008)

Toujours selon les recommandations de ces auteurs, nous avons pris soin d'animer des rencontres avec des experts, entre autres, celle de validation des vignettes. Chaque rencontre avec les acteurs impliqués (gestionnaires, intervenants et formateurs) a été une occasion de répondre de façon proactive aux questions posées.

À travers la recherche documentaire que nous avons effectuée concernant la pratique en psychiatrie légale, nous avons pris connaissance de la particularité des facteurs organisationnels qui ont un impact sur l'exercice infirmier en psychiatrie légale. Selon ces auteurs, la pratique clinique dans une philosophie de garde carcérale, tend vers l'adoption d'une approche plus humaniste et laisse place à des traitements thérapeutiques davantage axés sur les besoins des patients (Koskinen *et al.*, 2014). Parallèlement, il a été documenté que le contexte des soins de santé dans un milieu ayant une philosophie carcérale influence grandement la relation infirmière/patient. En effet, l'infirmière peut être perçue par les patients comme une personne faisant partie du personnel carcéral ce qui ne facilite pas l'établissement d'une relation de confiance (Timmons, 2010). Nous avons tenu compte de la réalité psychiatrie-justice pour l'élaboration des vignettes : présence des agents de sécurité et

intégration des règles de sécurités imposées par le milieu. La reproduction du contexte de travail peut amener les intervenants à réfléchir sur les facteurs environnementaux qui ont un impact sur la situation de soins (Timmons, 2010) et susciter l'intérêt des apprenants à adhérer à la nouvelle pratique.

4.2.3 Évaluation globale de la pertinence et de la stratégie d'animation sous-jacente à la présentation des vignettes d'apprentissage

Tous les experts du groupe ont manifesté leur enthousiasme face à l'originalité des vignettes. De plus, ils ont été très enthousiastes par la proposition qui leur a été communiquée quant au rôle que devrait jouer l'animateur de formation selon l'approche par compétence, à savoir celui du guide qui utilise des méthodes créatives pour mobiliser les ressources internes et externes des apprenants lors des séances de formation. Le groupe a été enchanté de discuter du thème de la contextualisation pour réactiver les connaissances antérieures et ainsi susciter l'intérêt des apprenants. Les experts présents se sont montrés optimistes face à la perception des apprenants concernant les vignettes d'apprentissage, entre autres, à l'effet que ces moyens de transfert des connaissances ont été produits à l'Institut même, par les intervenants du centre.

Tous étaient d'accord pour affirmer que l'utilisation de la réalité du milieu aura un impact positif sur l'apprentissage, car cela va susciter l'intérêt des apprenants pour comprendre les indicateurs et ainsi intégrer plus facilement cet outil dans leur pratique. Toutefois, ils reconnaissent qu'il y a des limites à ce type de scénarios, même s'ils représentent des contextes variés d'apprentissage. Les experts ont également mentionné que la réflexion sur l'expérience et l'articulation des savoirs expérientiels est une pratique complémentaire et incontournable à la formation. Ceci va dans le même sens que la philosophie de l'approche par compétence, à savoir que « toute compétence réelle est une compétence limitée, on ne le rappellera jamais trop, et cette limitation doit être lucidement et loyalement reconnue. » (Bourgeault et *al.*, p. 11, 2002).

Les experts nous ont permis de réfléchir aux limites des activités d'apprentissage qui ont été proposées. À nous maintenant de voir comment contourner ces limites. En fait, nous proposons un ensemble d'alternatives et le formateur est libre d'en faire le choix en fonction

des obstacles rencontrés lors des ateliers de formation. En ce sens, il demeure tout de même important, dans un premier temps, de maximiser le potentiel de l'opérationnalisation de l'approche par compétence comme le propose Tardif (2006) en termes de conception et de structuration de l'activité de formation. Dans un deuxième temps, il importe de valoriser l'apport des activités d'animation de l'activité d'encadrement comme le prônent les auteures en sciences infirmières Benner et *al.* (2010). Cet apport produit un ensemble varié de stratégies de transfert des connaissances : à savoir l'utilisation de situations d'apprentissage complexes, intégratives, contextualisées, comprenant la réalisation d'activités diversifiées et significatives susceptibles d'intéresser les intervenants. Les apprenants entreprennent une recherche cognitive active qui les amène à établir des liens entre différents savoirs en vue de s'adapter à une situation nouvelle ou de résoudre un problème nouveau auquel ils sont confrontés. C'est aussi une forme de changement de contexte de la connaissance visée (Tardif, 2006). D'autant plus que le fait de se référer aux savoirs expérientiels des apprenants pour animer les discussions après le visionnement des vignettes est nécessaire. En ce sens, lorsqu'une connaissance acquise dans un contexte particulier est reprise d'une façon adéquate et fonctionnelle dans un nouveau contexte ceci permet de maximiser l'intégration et la pérennisation des savoirs.

En ce qui concerne la pérennité de la nouvelle pratique, lors de la rencontre de fin de projet, les participants présents ont communiqué leur enthousiasme face à l'utilisation de la grille DASAfr. Ils ont partagé de multiples stratégies pour diffuser son utilisation et son intégration au sein de l'organisation et ont discuté sur la façon dont la pratique des intervenants s'est transformée depuis son intégration. Les coordonnateurs ont affirmé que leur persévérance à intégrer la grille comme outil d'évaluation, mais aussi comme moyen de communication sur les indicateurs de violence, a porté fruit. Parmi les stratégies déployées par ces derniers pour répandre l'utilisation de cette pratique, plusieurs se rapportaient aux différentes recommandations présentées dans l'étude de Gifford et *al.* (2013). Cette dernière met en lumière l'importance du leadership pour influencer l'utilisation des lignes directrices cliniques des infirmières. Les résultats suggèrent qu'une intervention de la direction a le potentiel d'influencer l'utilisation de la nouvelle pratique (Gifford et *al.*, 2013).

Parmi les points incontournables présentés par l'étude de Gifford et *al.* (2013), voici les éléments soulevés se rapportant aux moyens utilisés par les experts présents :

- La reconnaissance par les coordonnateurs des efforts déployés par le personnel (renforcement positif en lien avec l'utilisation de la grille DASAfr.);
- La nécessité accrue d'une collaboration interprofessionnelle (tableau de communication);
- Les rappels envoyés concernant les objectifs de changement (mini-capsules en début de quart de travail).

Nous avons fait le constat que le groupe d'experts possède plusieurs outils qui ont été mis en application pour adopter la nouvelle pratique. Nous avons félicité l'engagement des experts-gestionnaires présents pour les efforts déployés afin d'assurer l'intégration de cet outil et nous avons noté que l'implication des formateurs, conjointement avec celle des gestionnaires, était de mise pour réussir l'implantation de cette nouvelle pratique.

4.3 Objectifs et retombées de l'intervention et des apprentissages: le rehaussement du rôle de la pratique de l'infirmière en psychiatrie légale

Dans le cadre de ce stage, notre objectif d'apprentissage était d'approfondir nos connaissances en lien avec le développement des compétences professionnelles dans un contexte de psychiatrie légale. Cet objectif a été atteint, étant donné qu'il n'y a aucun référentiel de compétences pour encadrer la pratique infirmière en psychiatrie légale au Québec. C'est donc un élément qui devrait être considéré dans le domaine de recherche infirmière au Québec.

Ainsi, notre recherche documentaire en psychiatrie légale a contribué à enrichir nos connaissances dans ce domaine et nous a également permis une réflexion sur le changement de paradigme en cours, celui d'une philosophie de soin dans un environnement de type carcéral, qui s'oriente vers une prise en charge des patients axée sur un modèle humaniste. C'est ce qui a suscité notre désir de développer sur le sujet et d'organiser des activités visant à faire la promotion de ce rôle méconnu, qui est celui des infirmières exerçant en psychiatrie légale.

L'écriture d'un article dans le but de faire une description de la pratique clinique d'un ou d'une clinicienne du milieu peut être une activité de promotion du rôle. Cet article peut être publié dans la revue de l'ordre professionnel des infirmiers et infirmières du Québec au titre de *Perspective infirmière*. Cette réflexion nous a aussi permis de soulever une question intéressante à développer dans le domaine des sciences infirmières, à savoir, quel est le processus qui permet le changement d'une philosophie de soins des milieux carcéraux à une philosophie qui mise sur le partenariat de soins et qui utilise une approche humaniste?

4.3.1 L'initiation d'activités de transfert de connaissances

L'animation d'un club de lecture, réalisé par une infirmière, est un événement peu fréquent à l'Institut où nous avons effectué ce stage. Cette activité a suscité l'intérêt des personnes présentes qui ont mentionné que l'expérience était intéressante, positive et propice au développement des connaissances professionnelles. Les participants ont manifesté le désir de poursuivre une telle activité. Nous avons donc eu le sentiment d'avoir créé un rassemblement entre différents acteurs qui ont ensemble un impact très important sur les changements de pratiques.

4.3.2 Le rôle de formatrice et d'animatrice de rencontres

L'ensemble des objectifs d'apprentissage a donc été atteint lors de ce stage. Cette réussite est en grande partie attribuable au regard critique porté de façon soutenue sur nos propres interventions et nos apprentissages, et ce, en mettant en application un modèle de la pratique réflexive de Kolb (1984). Ceci nous a permis d'adapter nos interventions en fonction des éléments d'amélioration soulevés. Par exemple, après la première présentation orale, la pratique réflexive nous a permis de décrire les éléments du contexte et de la problématique en suivant des éléments de transitions survenus à différents moments entre la *conceptualisation abstraite* et l'*expérimentation active* des étapes de Kolb (1984). Ceci nous a permis de réfléchir sur les difficultés et les obstacles qui étaient liés principalement à un manque de planification et de répétition avant les présentations et ainsi appliquer des actions concrètes pour développer nos habiletés de présentation orale.

L'expérience de planification et de coordination des activités en fonction du cadre théorique sélectionné nous a permis d'accéder à un niveau d'apprentissage supérieur. L'utilisation du cadre de référence MURO nous a également permis d'insérer notre contribution dans une structure stratégique. Ainsi, en plusieurs occasions, nous avons pu appliquer concrètement des notions de gestion à travers l'application d'un plan d'intervention détaillé. Lors des rencontres de transfert de connaissances, nous avons eu plusieurs occasions d'animer des discussions, de façon à encourager le partage du savoir expérientiel des invités-intervenants. Ce projet de stage nous a permis de vivre l'expérience d'arrimer des concepts de gestion à ceux de la formation qui s'articulent en sciences infirmières. De plus, les multiples expériences de transfert de connaissances nous ont permis d'acquérir plusieurs habiletés d'animation, entre autres, l'art d'ajuster le rythme de la présentation en fonction des interactions en cours.

4.4 Limites du stage

Tout d'abord, nous retrouvons celle de l'absence de validation de la formation auprès des intervenants qui sont directement impliqués auprès des patients. Par ailleurs, lors des discussions entretenues avec les experts, nous avons constaté que certains indicateurs de violence ne peuvent pas être illustrés à travers des vignettes d'apprentissage et ce de par la nature complexe de chaque indicateur.

5. Conclusion

Pour conclure, ce rapport présente les démarches entreprises pour adapter une formation auprès des infirmières et psychothérapeutes qui exercent en psychiatrie légale. En effet, l'intervention visait le renforcement des compétences qui sont liées aux prises de décisions des professionnels relatives à la prise en charge des épisodes de violence.

Les démarches ont été guidées par le modèle d'utilisation des données de la recherche MURO (2008). Ceci nous a permis de mettre en évidence le rôle des situations professionnelles en utilisant des situations d'apprentissage. Ces dernières ont contribué à donner un sens aux connaissances en faisant usage, en contexte, des savoirs formellement acquis⁴. Ces démarches avaient pour but l'établissement d'un rapport plus pragmatique aux savoirs. Le caractère ouvert qui caractérise l'animation des ateliers de formation, que nous avons proposés au guide du formateur, laisse davantage de place à l'initiative et à la créativité des intervenants en contexte.

En somme, ce stage a permis de proposer une approche novatrice en lien avec le transfert des connaissances aux formateurs en place, tout en bénéficiant de la valeur rajoutée attribuée à l'intégration des patients partenaires au projet de formation. Les démarches entreprises ont par le fait même contribué à l'amélioration de la pratique clinique. En ce sens, ce projet a permis aussi de souligner la nécessité de considérer et de rehausser la pratique infirmière en psychiatrie légale au Québec.

Parallèlement, ce travail tend à encourager la collaboration entre les acteurs clés qui exercent en formation avec ceux de la gestion, car ceci est garant de la pérennité d'une nouvelle pratique.

⁴ Concernant les pratiques exemplaires en psychiatrie légale, mais aussi le corpus des connaissances qui soutient les indicateurs de violence de la grille DASAfr.

« On ne peut pas forcer les gens à agir avec compétence, mais on peut créer un environnement propice pour les pousser à y arriver. »

— Guy Le Boterf, spécialiste de la problématique des compétences professionnelles

Références

- Benner, P. (1995). *De novice à expert: excellence en soins infirmiers*, Montréal : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Benner, P., Hughes, R. & Sutphen, M. (2008). Clinical reasoning, decision making and action: Thinking critically and clinically. In: Hughes RG (Ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. & Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass.
- Bernstein, K. S., & Saladino, J. P. (2007). Clinical assessment and management of psychiatric patients' violent and aggressive behaviors in general hospital. *MEDSURG Nursing*, 16(5), 301-310.
- Björkdahl, A., Hansebo, G., & Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(5), 396-404. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x
- Bourgeault, G., Godin, A., Langelier, B., Meziane, O., Malka, J., Paul, M., & Speroni, S. (Eds.). (2002). *Ethique et accompagnement des compétences des accompagnateurs* (le CARIF Poitou-Charentes ed.). France: le CARIF Poitou-Charentes.
- Bouchard, L., Brochu, H., Desbiens, E. (2011). *Guide d'évaluation du développement des compétences des infirmières et infirmiers en période d'orientation et de probation*. Non publié. Direction des soins infirmiers et des programmes. Institut-Philippe-Pinel de Montréal.
- Centre d'études et de formation en enseignement supérieur (CEFES), (2014). Élaboration de devis de compétences. Repéré à:
http://www.cefes.umontreal.ca/ressources/guides/Plan_cours/fpc.htm
- Chu, C. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. P. (2013). Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 clinical scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(2), 269-285. doi: 10.1080/14789949.2013.773456
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10-20. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.psychres.2010.12.024>

- Constantino, R. E., Crane, P. A. & Young, S. E. (2013). *Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice*. Philadelphie : Davis Plus Company.
- Dallaire, C. & Blondeau, D. (2002). Le savoir infirmier : une problématique. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dirs.), *Les soins infirmiers. Vers une nouvelle perspective*. Boucherville : Gaetan Morin, 279-300.
- Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x
- Duchaine, G. (2013, 23 mars). *Pinel plus violent que jamais*. TVA Nouvelles. Repéré à : <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201303/24/01-4634308-pinel-plus-violent-que-jamais.php>.
- Ewalds-Kvist, B., Algotsson, M., Bergström, A., & Lützén, K. (2012). Psychiatric nurses' self-rated competence. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 469-479. doi:10.3109/01612840.2012.663460
- Fluttert F.A.J. et al. (2010) Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1529–1537.
- Gagné, Harold (2013, 27 mai). *Les actes violents en augmentation à Pinel*. TVA Nouvelles. Repéré à : <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/regional/montreal/archives/2013/05/20130527-170138.html>
- Gifford, W., A., Davies, B., L., Graham, I., D., Tourangeau, A., Woodend, A., K., & Lefebvre, N. (2013). Developing leadership capacity for guideline use: A pilot cluster randomized control trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 51-65. doi:10.1111/j.1741-6787.2012.00254.x
- Gouvernement du Québec (2014). Loi sur les infirmières et les infirmiers. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/18.html
- Graham, I. D., Logan, J., Tetroe, J., Robinson, N. & Harrison, M. B. (2008). Chapter 27: Models of Implementation in Nursing. In N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing*, Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 231-243.
- Holland, K. & Lauder, W. (2012). A review of evidence for the practice learning environment: Enhancing the context for nursing and midwifery care in Scotland. *Nurse Education in Practice*, 12(1), 60-64. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.nepr.2011.05.008>

- Hughes R.G. (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- INSPQ (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut Philippe-Pinel de Montréal (2014). Plan stratégique 2012-2015, Retrieved 2014-06-27, 2014. <https://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?NavID=4341&CultureCode=fr-CA>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning - Experience as the source of learning and development*. Englewoods Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O., & Meretoja, R. (2014). The professional competence profile of finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(4), 320-326. doi:10.1111/jpm.12093
- Larue, C., Dumais, A. & Michaud, C. (2012). *Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques: DASA fr*. Rapport de recherche. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Lauder, W., Reynolds, W. & Angus, N. (1999). Transfer of knowledge and skills: Some implications for nursing and nurse education. *Nurse Education Today*, 19(6), 480-487. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1054/nedt.1999.0338>
- Le Boterf, G (2008). *Repenser la compétence: Pour dépasser les idées reçues: quinze propositions*. France : Éditions d'Organisation. Groupe Eyrolles.
- Leslie, G. D. (2008). Knowledge transfer and practice change. *Australian Critical Care*, 21(4), 175-176. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.aucc.2008.10.001>
- Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5(1), 53-57. doi: 10.1111/j.1939-3938.2009.01033.x
- Lynch, V (2006). *Forensic Nursing*. New York: Mosby.
- MacInnes, D. (2000). Mental health. Interventions in forensic psychiatry: The caregiver's perspective. *British Journal of Nursing*, 9(15), 992-998.
- Maguire, T., Young, R. & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(2), 97-106. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x

- Mason, T., Coyle, D. & Lovell, A. (2008). Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(2), 131-139. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01192.x
- Mason, T., Lovell, A. & Coyle, D. (2008). Forensic psychiatric nursing: Skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 118-130. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01191.x
- Michel, C. M. (2008). *Implementing a forensic educational package for registered nurses in two emergency departments in Western Australia*. Doctoral thesis. Fremantle (WA, Australia): University of Notre Dame.
- Nicholls, T., Petersen, K. L., Brink, J. & Webster, C. (2011). A clinical and risk profile of forensic psychiatric patients: Treatment team STARTs in a canadian service. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 187-199. doi: 10.1080/14999013.2011.600234
- Ogloff, J.R.P., & Daffern, M. (2006). *The dynamic appraisal of situational aggression: An instrument to assess risk of inpatient aggression in psychiatric inpatients*. *Behavioral Sciences and Law*, 24, 799–813.
- Pelletier, J., Gifuny, A., Nicole, L., Labrie Racine, G., Bordeleau, J., & Rowe, M. (2013). Sur la contribution des personnes utilisatrices de services de sante mentale en tant que partenaires d'enseignement en psychiatrie [french]. *Global Health Promotion*, 20(3), 66-75. doi:10.1177/1757975913499034
- Pepin, J., Kerouac, S., Ducharme, F. & Major, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e édition). Montréal : Chenelière Éducation.
- Quanbeck, C. (2006). Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(3), 743-760.
<http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.psc.2006.04.011>
- Radio Canada. (2012, 27 juin). *Un rapport relève de graves problèmes de sécurité à l'Institut Pinel*. Radio-Canada. Repéré à:
<http://www.radio-Canada.ca/nouvelles/societe/2012/06/27/005-rapport-institut-pinel.shtml>
- Reynolds, K. & Miles, H. L. (2009). The effect of training on the quality of HCR-20 violence risk assessments in forensic secure services. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(3), 473-480. doi: 10.1080/14789940802638366
- Robertson, R. & Jochelson, K. (2006). *Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature*. London : King's Fund.

- Rycroft-Malone, J. et al. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924.
- Skår, R. (2010). Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Education Today*, 30(2), 132-136. <http://dx.doi.org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1016/j.nedt.2009.06.012>
- Shields, M. & Wilkins, K. (2009). *Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients*. Statistiques Canada (Health Reports), Catalogue no 82-003-X. Repéré à: <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-eng.pdf>
- Stolee, P. et al. (2009). Sustained transfer of knowledge to practice in long-term care: Facilitators and barriers of a mental health learning initiative. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(1), 1-20. doi: 10.1080/02701960802690233
- Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., & Kinnunen, J. (2011). Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*, 7(1), 32-39. doi:10.1111/j.1939-3938.2010.01093.x
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Tardif, J. (1992). *Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive*. Montréal : Éditions Logiques.
- Thompson, C. & Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (7), 881-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005.
- Thorpe, G., Moorhouse, P. & Antonello, C. (2009). Clinical coaching in forensic psychiatry: An innovative program to recruit and retain nurses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(5), 43-47.
- Timmons, D. (2010). Forensic psychiatric nursing: A description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(7), 636-646. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01581.x
- Vojt, G., Marshall, L. A. & Thomson, L. D. G. (2010). The assessment of imminent inpatient aggression: A validation study of the DASA-IV in Scotland. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 789-800. doi: 10.1080/14789949.2010.489952

Agressivité verbale : crie avec colère, injures, blasphèmes avec ou sans intention d'intimider ou de menacer.

Autres : Indicateur d'une augmentation du risque d'agressivité pour ce patient en particulier.

Menaces verbales face à AUTRUI (usagers, visiteurs) : menaces claires de violence.

Menaces verbales face aux MEMBRES DU PERSONNEL : menaces claires de violence.

Agression physique face aux OBJETS : claque les portes, lance des objets, brise des objets, met le feu.

Agression physique face à AUTRUI (usagers, visiteurs) : gestes menaçants, attaque les autres.

Agression physique face aux MEMBRES DU PERSONNEL : gestes menaçants, attaque les membres du personnel.

Relation d'aide : Faire verbaliser, utiliser le reflet, la reformulation, agir avec empathie, chaleur, etc.

Mesures de diversion : méthodes de relaxation ou de loisirs.

Diminution de stimulus : retrait à la chambre; réduire les sources de stimulation.

Médication PRN : afin de gérer les symptômes qui jouent un rôle dans le comportement agressif.

Autres : interventions non prévues dans les autres catégories telles que les interventions physiques.

Isolement sans contention : selon le protocole d'isolement et de contention.

Isolement avec contention : selon le protocole d'isolement et de contention.

* Traduit et adapté du *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* de Olgoff et Daffern (2007), ©Larue, Dumais, Benoit, juin 2011.

Annexe 2

Devis des compétences de formation

Devis 1

Devis de compétence

Élaborer un plan d'interventions thérapeutiques spécifiques pour permettre aux individus de reconnaître et de traiter tout comportement socialement inacceptable .	→	Résoudre des situations relatives à des manifestations de comportements violents à l'aide de la grille DASA fr.
---	---	--

Élément de compétence:
Élaborer un **plan d'interventions thérapeutiques** spécifiques pour permettre aux individus de reconnaître et de traiter tout comportement violent.

Les savoirs liés à la compétence:
Savoir: connaissances relatives à la maladie mentale, comportements perturbateurs, violence, lois, les droits des patients, pharmacologie, l'éthique. stratégies de gestion de crise. Alternatives aux mesures de contrôle,
Savoir être: rigueur, leadership, autonomie, maturité, attitudes aidantes
Savoir faire: application de l'approche en soins infirmiers en ayant la capacité à répondre aux besoins biopsychosociaux du patient.. Communication...

Critères de réussite justification pertinente du choix des interventions relatives au plan établi.

Devis 2

Devis de compétence

Évaluer les individus afin de déterminer leurs besoins globaux et les risques liés à la violence .	→	Évaluer les risques de violence à l'aide de la grille DASAfr.
---	---	--

Élément de compétence:
Identifier les **indicateurs de violence** à l'aide de la grille **DASAfr.**

Les savoirs liés à la compétence:
Savoir: connaissances relatives à la maladie mentale, comportements perturbateurs, violence, lois, pharmacologie, l'éthique. Les indicateurs de violence....
Savoir être: rigueur, leadership, autonomie, maturité,
Savoir faire: application de l'approche biopsychosociale en soins infirmiers, communication...

Critères de réussite justification pertinente du choix des indicateurs de comportements violents manifestés.

Annexe 3

Présentation mi-stage

Projet de stage de Maîtrise:
Adaptation et la mise l'essai d'une formation sur l'évaluation et la gestion des risques de violence à l'aide de la grille DASAfr. Dans le domaine de la psychiatrie légale.

Étape I
Imène Darbeida inf. B.Sc., M. Sc. (c)

Stage sous la direction de:
Mme Caroline Larue inf. PhD
Mme Marie-Hélène Goulet inf. PhD (c)

Superviseur de stage:
M. Étienne Paradis Gagné inf, MBA
28 avril 2014

Plan de présentation

- Plan de projet de formation (voir le schéma)
- Les compétences infirmières en psychiatrie légale
- Les vignettes

Plan de projet de formation

- Élaboration des compétences (Tardif, 2006)
- Élaboration du contenu des vignettes (principes de SAÉ, développement de compétence)
- Élaboration des outils de formation:
 - Guide du formateur (stratégies éducatives proposées par Benner, 2010)
 - Guide de l'apprenant (stratégies éducatives proposées par Benner, 2010)

La psychiatrie légale et la pratique infirmière (Tenkanen et al, 2011, p. 38)

- Une discipline spécialisée
 - Compétences en lien avec le traitement et le suivi des symptômes de santé mentale.
 - Habilités et des compétences liées à l'évaluation et à la gestion de la violence.

La psychiatrie légale et la pratique infirmière Koskinen et al (2014) p.325.

La pratique clinique avec philosophie de garde carcérale.



Approche plus humaniste et laisse la place à des traitements thérapeutiques axés sur les besoins des patients.

La documentation de la pratique infirmière en psychiatrie légale (Bowring-Lossock, 2006. Koskinen et al, 2014 p.321)

Etats-Unis

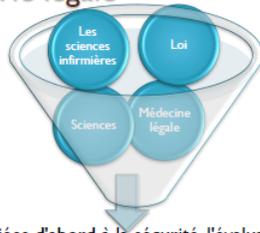
- Auprès des victimes de violence:
- Examinatrice.
- Investigatrice d'agression sexuelle

Australie et au Royaume-Uni et dans de nombreux pays européens

- Auprès des délinquants atteints de troubles mentaux.



Les compétences infirmières en psychiatrie légale



Liées d'abord à la sécurité, l'évaluation des risques et à la gestion de la violence et de l'agression sans oublier la gestion des conflits et des crises (Ewalds-Kvist et al, 2012 p.469).

Les compétences infirmières en psychiatrie légale (OIIQ, 2014)

Loi sur les infirmiers et infirmières SECTION VIII EXERCICE DE LA PROFESSION

36. L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier:

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2).

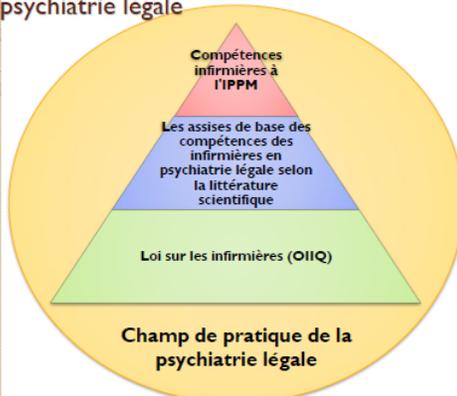
Les compétences de l'IPPM (en lien avec la grille DASAfr.

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Utiliser la relation thérapeutique dans le processus d'intervention.
- Agir en toute circonstance en vue d'assurer la sécurité.
- Exercer une surveillance de la condition des personnes dont l'état de santé présente un risque incluant le monitoring et les ajustements du PTI.

Les compétences infirmières en psychiatrie légale (littérature)

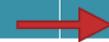
Évaluation infirmière qui vise les patients en psychiatrie légale	Interventions infirmières en psychiatrie légale
1- Évaluer les individus afin de déterminer leurs besoins globaux et les risques (Timmons, 2010).	1- Élaborer un plan d'interventions thérapeutiques spécifiques pour permettre aux individus de reconnaître et de traiter tout comportement socialement inacceptable (Timmons, 2010).
2- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (p.4.5. Guide d'évaluation des compétences de l'IPPM au nombre de 10)	2- Agir en toute circonstance en vue d'assurer la sécurité (p.4.5. Guide d'évaluation des compétences de l'IPPM au nombre de 10)
	3- Mettre en œuvre des interventions thérapeutiques spécifiques pour permettre aux individus de gérer leur comportement (Timmons, 2010).

Les compétences infirmières en psychiatrie légale



Devis de compétence

Évaluer les individus afin de déterminer **leurs besoins globaux et les risques liés à la violence**.



Évaluer les risques de violence à l'aide de la grille DASAfr.

l'Élément de compétence:

Identifier les indicateurs de violence à l'aide de la grille DASAfr.

Les savoirs liés à la compétence:

Savoir: connaissances relatives à la maladie mentale, comportements perturbateurs, violence, lois, pharmacologie, l'éthique. Les indicateurs de violence....

Savoir être: rigueur, leadership, autonomie, maturité.

Savoir faire: application de l'approche biopsychosociale en soins infirmiers, communication...

Critères de réussite justification pertinente du choix des indicateurs de comportements violents manifestés.

Devis de compétence

Élaborer un plan d'interventions thérapeutiques spécifiques pour permettre aux individus de reconnaître et de traiter tout comportement socialement inacceptable.

Résoudre des situations relatives à des manifestations de comportements violents à l'aide de la grille DASA fr.

Élément de compétence:

Élaborer un plan d'interventions thérapeutiques spécifiques pour permettre aux individus de reconnaître et de traiter tout comportement violent.

Les savoirs liés à la compétence:

Savoir: connaissances relatives à la maladie mentale, comportements perturbateurs, violence, lois, les droits des patients, pharmacologie, l'éthique, stratégies de gestion de crise, Alternatives aux mesures de contrôle.

Savoir être: rigueur, leadership, autonomie, maturité, attitudes aidantes

Savoir faire: application de l'approche en soins infirmiers en ayant la capacité à répondre aux besoins biopsychosociaux du patient.. Communication...

Critères de réussite justification pertinente du choix des interventions relatives au plan établi.

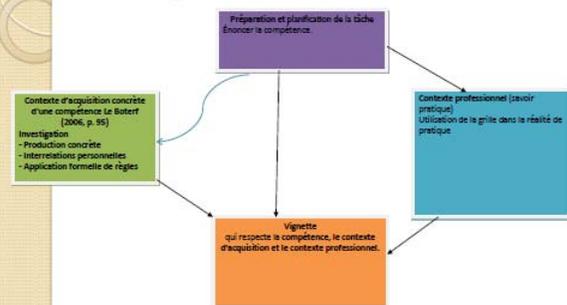
Compétences retenues

- Évaluer les risques de violence à l'aide de la grille DASAfr.
- Résoudre des situations relatives à des manifestations de comportements violents à l'aide de la grille DASA fr.

La grille DASA fr. et objectif de formation

- L'objectif de la formation
 - Cet objectif vise le développement des compétences infirmières en lien avec:
 - Évaluation
 - Intervention
- **OBJECTIF:** D'ici la fin de cette séance de formation, les intervenants seront capables de compléter la grille de détection précoce du comportement agressif et de discuter du plan d'intervention.

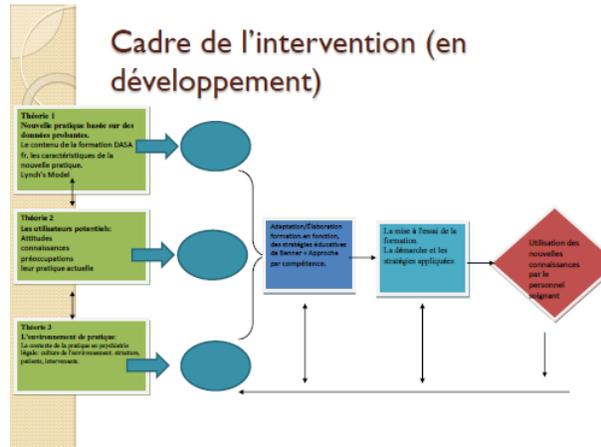
Les vignettes (SAÉ)



Exemple de SAÉ

- Rencontre faite avec une infirmière (d'une unité)...récit d'une situation réelle...à suivre...
- La rédaction en cours...

Cadre de l'intervention (en développement)



DISCUSSION

- **Bon coups ...**
- **Défis..**

Références

- Ewalds-Kvist, B., Algotsson, M., Bergström, A., & Lützén, K. (2012). Psychiatric nurses' self-rated competence. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 469-479. doi:10.3109/01612840.2012.663460
- Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O., & Meretoja, R. (2014). The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(4), 320-326. doi:10.1111/jpm.12093
- LASNIER, François (2000). *Réussir la formation par compétences*. Guérin, Montréal, p.484
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (2014) OIQ, lien consulté et disponible à l'adresse suivante: http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/j_818.html
- TARDIF, J. *Pour un enseignement stratégique : l'apport de la psychologie cognitive*. Montréal, les Éditions Logiques, 1992, 480 p
- Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., & Kinnunen, J. (2011). Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*, 7(1), 32-39. doi:10.1111/j.1939-3938.2010.01093.x
- TIMMONS, D. (2010). Forensic psychiatric nursing: A description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(7), 636-646. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01581.x

Annexe 4

Scénarios

Scénario 1 (Admission)

(Comme convenu avec le scénariste, il y aura une alternance de la prise de vue entre une vue à partir de l'infirmière qui observe les comportements du patient et celle qui permettra d'observer les attitudes et comportements de l'infirmière.)

Dans le but de développer les deux compétences suivantes :

- 1- Évaluer les risques de violence.**
- 2- Initier un plan de traitement en fonction des estimations finales du risque de violence.**

Les intervenants sont appelés à procéder à l'évaluation (observation) de la situation, ensuite, ils doivent discuter et élaborer un plan d'intervention auprès de M. Hamel à l'aide de la grille DASA fr.

Objectif : À l'aide de la grille DASA fr. les intervenants doivent être en mesure d'identifier les indicateurs suivants :

- REFUSE DE SUIVRE LES INDICATIONS/DIRECTIVES**
- SENSIBLE À LA PROVOCATION PERÇUE**
- IRRITABLE**
- AGRESSIVITÉ VERBALE**
- AUTRE**

Acteurs: une infirmière, un patient partenaire, deux sociothérapeutes, deux agents de sécurité.

Lieu: un environnement qui se rapproche de celui d'une unité de soins, y compris la chambre.

Matériel : effets personnels du patient dans un sac porté par un agent de sécurité.

Résumé de la situation : Les intervenants font face à un contexte d'admission d'un patient qui arrive d'un centre hospitalier avec deux agents de sécurité. Le patient présente des comportements agressifs. Il a un diagnostic de schizophrénie. Il est admis à l'unité d'expertise médico-légale après s'être battu dans un bar. Les policiers l'ont arrêté et il a passé la dernière nuit à l'urgence d'un hôpital général. Il semble fatigué et agressif en arrivant. L'infirmière ignore les antécédents du patient.

Dans cette capsule, on devrait être en mesure de voir clairement les comportements de M. Benoît Hamel et en même temps se mettre dans la peau de l'infirmière qui intervient. Autrement dit, les comportements doivent être clairement visibles lorsque l'infirmière s'adresse au patient et lorsque ce dernier manifeste des comportements agressifs. Bref, dans ce scénario, le patient est accueilli par l'équipe, mais il refuse de suivre les directives, et tout le long des interactions, il manifeste des comportements agressifs.

Séquence

Nous sommes sur l'unité d'expertise médico-légale. Nous constatons que le couloir est vide jusqu'à la chambre désignée pour le patient.

Le patient arrive accompagné de deux agents de sécurité. On note que son faciès est crispé, en outre, il tient des propos vulgaires tout en parlant seul.

Patient qui se parle : « Hey, t'étais ben là-bas, à l'hôpital, mon Benoît finalement. » (**AUTRE SOLILOQUE**)

Pendant qu'il parle, il sourit, puis soudainement son faciès devient crispé.

Patient : « Maudite police, maudite gagne de criminels. Ça va pas tarder hein mon Benoît, tu vas crisser ton camp d'icitte. » (**AUTRE, SOLILOQUE**).

L'infirmière aperçoit le patient, elle l'accueille et se présente : « Bienvenue, bonjour M. Hamel, mon nom c'est Julie. Je suis infirmière sur cette unité, je vais vous accompagner jusqu'à votre chambre. Vous me semblez fâché... »

L'infirmière accompagne le patient avec ses collègues (deux sociothérapeutes de l'unité). Celle-ci, les deux sociothérapeutes et les deux agents qui encadrent le patient marchent le long du couloir jusqu'à la chambre. Arrivés devant la porte de la chambre, on constate que la chambre est ordonnée et prête à être occupée. Alors que le patient est debout devant la porte de dos à l'infirmière; l'infirmière est à l'extérieur de la chambre.

Infirmière : « M. Hamel, je vais vous demander de vous laisser fouiller, d'enlever vos vêtements. »

On voit le patient avec un regard colérique tenant des propos agressifs, il verbalise des insultes. Il lance des insultes à tout le personnel présent.

M. Hamel : « Câlisse... foutez-moi la paix ... pourquoi tout ce monde-là ? » (**IRRITABLE**).

Il pointe un intervenant avec un regard menaçant et dit : « T'es qu'un HOSTI DE CON...»

Ton hostile et colérique (**AGRESSIVITÉ VERBALE**).

Infirmière : « M. Hamel, je sais que vous êtes fâché. On va vous laisser vous reposer une fois que vous aurez fini de vous changer, après vous avoir fouillé. C'est les règlements du centre. »

Le patient refuse de collaborer et rétorque à voix haute et en colère : « Non, non, non (**REFUSE DE SUIVRE LES INDICATIONS/DIRECTIVES**), il n'en est pas question que je m'habille comme tous les fous qu'il y a icitte....Vous voulez m'enfermer icitte, vous voulez me tuer...vous êtes tous des... (insultes). Puis pourquoi me fouiller, vous n'avez pas le droit de faire ça... Je veux parler à mon avocat... Lâchez-moé. »

Il pointe un autre intervenant avec un regard menaçant et dit : « PI TOÉ ARRÊTE DE ME REGARDER DE MÊME COMME SI J'ÉTAIS UN CRIMINEL. » (**SENSIBLE À LA PROVOCATION PERÇUE, IRRITABLE**).

L'infirmière demeure à la porte, elle se trouve face au patient qui est de dos à elle.

Fin de la séquence.

Scénario 2 (Entrevue)

Dans le but de développer les deux compétences suivantes :

- 1- Évaluer les risques de violence.**
- 2- Initier un plan de traitement en fonction des estimations finales du risque de violence.**

Les intervenants sont appelés à procéder à l'évaluation de la situation, ensuite, ils doivent discuter et élaborer un plan d'intervention auprès de M. Macias à l'aide de la grille DASA fr.

Objectif : À l'aide de la grille DASA fr., les intervenants doivent être en mesure d'identifier les indicateurs suivants :

- AGRESSIVITÉ VERBALE
- ATTITUDE NÉGATIVE

Acteurs: une infirmière, un patient partenaire, une sociothérapeute.

Matériel: une table, des chaises.

Lieu: dans une salle d'entrevue d'une unité de soin.

Résumé de la situation: M. Macias est atteint de schizophrénie et est à l'unité depuis trois mois. Ses hallucinations visuelles et auditives sont plus fréquentes ces derniers temps. En vue de dresser un tableau clinique plus complet, l'infirmière décide de le rencontrer.

Séquence

On voit l'infirmière et le patient qui entrent dans la salle d'entrevue et le sociothérapeute qui demeure à l'extérieur. L'infirmière accueille le patient : « Bonjour M. Macias, je vous invite à vous asseoir. »

L'infirmière est dans la salle avec M. Macias, ils s'assoient. L'infirmière se tient proche de la porte et la sociothérapeute est en dehors de la salle. L'infirmière regarde le patient. Ce dernier regarde dans le vide et est hyper vigilant. De temps en temps, il observe l'environnement, mais demeure calme (**il présente des hallucinations non envahissantes**).

L'infirmière amorce l'entrevue. Elle questionne le patient pour procéder à l'évaluation de la condition mentale.

Infirmière : « Bonjour M. Macias, ces derniers temps je vous trouve plus inquiet que d'habitude... J'aimerais bien vous aider. Pourriez-vous me dire ce qui se passe ? »

Le patient présente un regard vide, triste, mais calme.

Infirmière : « Est-ce que vous entendez des voix en ce moment M. Macias ? »

M. Macias : « C'est pas de tes affaires. Je veux m'en aller d'icitte. »

L'infirmière présente une expression perplexe et inquiète, tout en essayant de se maîtriser.

Infirmière : « Bon, je pense qu'on va remettre à plus tard notre entretien. Je vous suggère de vous retirer dans votre chambre pour écouter de la musique, ceci pourrait vous détendre. »

Plus le patient avance dans ses propos plus la voix monte. Il tient des propos vulgaires et des insultes envers le système de justice et le personnel de l'Institut.

M. Macias : « CALVAIRE, je suis tanné d'être icitte enfermé. J'ai rien fait de pas correct, pis ça sert à rien de rester icitte. Vous êtes tous des ESTI d'incompétents. » (**AGRESSIVITÉ VERBALE**)

Infirmière : « Bon, M. Macias, je comprends qu'il y a des périodes où ça va pas. Je vais vous laisser regagner votre chambre. »

Alors que l'infirmière n'a pas terminé sa phrase, M. Macias reprend la parole : « C'est ça... maudite fonctionnaire, vous êtes tous pareils, vendus à l'état... Juste capables de me bourrer de pilules... » (**ATTITUDE NÉGATIVE**)

Fin de la séquence.

Scénario 3 (Unité des femmes)

Dans le but de développer les deux compétences suivantes :

1- Évaluer les risques de violence.

2- Initier un plan de traitement en fonction des estimations finales du risque de violence.

Les intervenants sont appelés à procéder à l'évaluation de la situation, ensuite, ils doivent discuter et élaborer un plan d'intervention auprès de Mme Champagne à l'aide de la grille DASA fr.

Objectif : À l'aide de la grille DASA fr., les intervenants doivent être en mesure d'identifier les indicateurs suivants :

- IMPULSIVITÉ/ IMPRÉVISIBILITÉ.

- FACILEMENT EN COLÈRE LORSQUE LES DEMANDES SONT REFUSÉES.

Patiente : Mme Champagne, 45 ans.

Acteurs: un infirmier, une patiente partenaire, deux sociothérapeutes.

Matériel: dossiers, Kardex, grille DASA fr. (qu'on verra sur la table au poste).

Lieu: salle commune des patientes en face du poste du personnel.

Résumé de la situation: La patiente a un diagnostic de schizophrénie, trouble de personnalité borderline. Mme Champagne est une patiente diabétique insulino-dépendante. Ces trois dernières semaines, elle était toujours très désorganisée et délirante malgré la médication ajustée. Dans la mise en scène, elle présente une agitation psychomotrice qui inquiète le personnel. Elle formule également plusieurs demandes utilitaires auxquelles les employés tentent de répondre en fonction de leur disponibilité. On doit être en mesure de constater qu'elle insiste et dérange l'équipe qui se trouve en réunion. On doit également être en mesure d'observer les attitudes des intervenants et de la patiente ainsi que son comportement. Les positions sécuritaires des intervenants doivent être utilisées selon les normes.

Séquence

Les deux sociothérapeutes sont assis au poste avec l'infirmier à l'occasion d'une réunion pour discuter et mettre à jour les plans de traitement des patients. Cette séquence survient lors de l'interaction entre les trois intervenants en question qui discutent des comportements de Mme Champagne.

Début de la séquence

Infirmier : « Bon, on est prêtes pour commencer la réunion ? »

Sociothérapeute 1 : « Oui, et j'aimerais ça qu'on commence par Mme Champagne. »

Alors que le sociothérapeute 1 s'apprête à terminer sa phrase, devant le poste, on voit la patiente se diriger vers l'équipe qui se trouve à l'intérieur du poste (3 fois).

La première fois, la patiente demande : « Je veux manger, j'ai encore faim. »

Elle frappe de façon répétée sur la vitre en invitant le personnel à répondre à sa demande. Le regard de la patiente est anxieux et apeuré.

On voit le sociothérapeute qui regarde sa montre (il est 13h00), considérant que les patients ont mangé à 12h00.

Le sociothérapeute 1 se lève et s'adresse à Mme Champagne.

Sociothérapeute 1 : « Mme Champagne, vous venez de manger. »

À peine si le sociothérapeute 1 a terminé sa phrase, soudainement la patiente lui répond.

Patiente : « Ok, LAISSE FAIRE, d'abord. »

Elle le dit d'un ton ferme, avec le visage crispé, déçu et à la fois colérique, puis elle hausse la voix (**IMPULSIVITÉ**). Elle retourne à sa chambre calmée.

On voit la patiente marcher le long du couloir. Les trois intervenants reprennent la réunion.

Sociothérapeute 2 : « Bon, pour continuer, moi aussi j'aimerais qu'on parle de Mme Champagne, parce qu'il me semble que ces derniers temps elle est particulièrement agitée. » (Regard inquiet).

Infirmier : « Je suis d'accord, c'est difficile ces derniers temps avec elle. Moi aussi je ne la trouve pas stable ces trois dernières semaines, on a tellement changé ses médicaments, et selon le docteur.... » (Regard préoccupé).

Alors que l'infirmier s'apprête à terminer sa phrase, devant le poste on voit la patiente arriver, encore une fois vers l'équipe qui se trouve à l'intérieur du poste.

La deuxième fois, la patiente frappe de façon répétée sur la vitre en invitant le personnel à répondre à sa demande. Regard de la patiente: anxieux, apeuré. La patiente semble calme et demande : « Je veux utiliser le téléphone. »

Face à sa demande, la sociothérapeute 2 se lève et s'adresse à elle : « Désolée Mme Champagne, ça va aller vers la fin de la journée parce que là, ça fait cinq fois en matinée que vous utilisez le téléphone.»

Mme Champagne répond : « Eh MAUDITE MARDE !!! TU COMPRENDS RIEN... JE VEUX TÉLÉPHONER, C'EST PAS COMPLIQUÉ. À CHAQUE FOIS QUE JE DEMANDE QUELQUE CHOSE, TU VEUX RIEN SAVOIR. MANGE DE LA MARDE...!! »

Puis, elle se dirige vers sa chambre. (FACILEMENT EN COLÈRE LORSQUE LES DEMANDES SONT REFUSÉES).

Les intervenants reprennent la réunion.

Infirmier: «Comme je disais...»

Le son se coupe graduellement, puis cinq minutes passent (qui s'affichent sur la vidéo). On voit l'équipe réunie.

La troisième fois, Mme champagne frappe de façon répétée sur la vitre en invitant le personnel à répondre à sa demande. Regard de la patiente : anxieux, apeuré.

Mme Champagne: « Je veux parler à quelqu'un. »

On aperçoit l'équipe et la patiente qui attend derrière la vitre.

Sociothérapeute 1 : « Moi franchement, je sens qu'elle va décompenser. À savoir quand... Bon je vais aller voir ce qu'elle veut. »

Face à la demande de Mme Champagne, le sociothérapeute 1 se lève et se dirige vers la porte. Elle se met en position sécuritaire face à la patiente et lui parle.

Sociothérapeute 1 : « Mme Champagne, vous avez des demandes répétées depuis quelques jours, on est justement en train de discuter du plan pour pouvoir mieux vous aider. Je vais donc aller vous voir tout à l'heure, mais pas maintenant. »

La patiente regarde le sociothérapeute 1, elle ne répond pas, mais demeure calme : **faciès insatisfait, maussade, serre le poing**. Elle quitte le poste et se dirige vers sa chambre.

On la voit marcher le long du couloir.

Fin de la séquence.

Annexe 5

Exemple de script (Conception du réalisateur)

'Scénario 3 – Entrevue (Salle d'entrevue)''

Rôles parlé:

- Infirmier(e);
- Patient.

Role Muet

- Socio Thérapeute;

Lieu:

Salle d'entrevue d'ur
soin.

Matériel:

- Table;
- Chaise.

"Entrevue"

FADE IN:

INT. SALLE D'ENTREVUE - JOUR

L'INFIRMIÈRE et le PATIENT entrent dans la pièce, alors que le SOCIO T demeure à l'extérieur.

INFIRMIÈRE

Bonjour M. Macias je vous invite à vous asseoir

L'INFIRMIÈRE se tient proche de la porte. Les deux s'assoient.

L'INFIRMIÈRE regarde Le PATIENT qui regarde dans le vide, puis hyper-vigilant de temps en temps. Il demeure calme.

INFIRMIÈRE

Bonjour M. Macias, ces derniers temps je vous trouve plus inquiet que d'habitude. J'aimerais bien vous aider, pourriez-vous me dire ce qui se passe?

Le PATIENT présente un regard vide, triste et calme, mais ne parle pas.

INFIRMIÈRE (CONT)

Est-ce que vous entendez des voix en ce moment M. Mcias?

PATIENT

C'est pas de tes affaires, je veux m'en aller d'icite.

L'INFIRMIÈRE a un regard perplexe et apeuré.

Elle tente de se maîtriser.

INFIRMIÈRE

Bon, je pense qu'on va remettre à plus tard notre entretien. Je vous suggère de vous retirer dans votre chambre pour écouter de la musique, ceci pourrait vous détendre.

"Sc.3 - Entrevue"

PATIENT

(Ton de la voix en
crescendo)

Calvaire, je suis tanné d'être
ici enfermé. J'ai rien fait de
pas correct, pis ça sert à
rien de rester ici, vous êtes
tous des esti d'incompétents,
ici.

INFIRMIÈRE

[beat]

Bon, M Macias, je comprend
qu'il y ait des périodes où ça
va pas. Je vous laise regagner
votre chambre...

Le PATIENT ne laisse pas finir la phrase

PATIENT

C'est ça... Maudite
fonctionnaire, vous êtes
toutes pareilles, vendues à
l'état... Juste capable de me
Bourer de pilules.

FADE OUT

FIN

Annexe 6

Présentation finale

LES SITUATIONS D'APPRENTISSAGE POUR APPRENDRE À MIEUX ÉVALUER ET À GÉRER LES COMPORTEMENTS VIOLENTS À L'AIDE DE LA GRILLE DASA FR.

Animé par
Imène Darbeida inf. M. Sc. (c)

Directrices du projet:
Caroline Larue inf. PhD,
Marie-Hélène Goulet inf. PhD (c).
Superviseur de stage:
Étienne Paradis Gagné inf. MBA.

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

Partenaires institutionnels:
Philippe-Pinel de Montréal, Université de Montréal, Réseau RRISQ

PLAN DE PRÉSENTATION

- L'objet de la présentation
 - Première partie
- Le projet d'étude
 - But
 - Approche par compétence
 - Les situations d'apprentissage
- Deuxième partie
- Discussion sur le thème de pérennité
- Commentaires

LE PROJET D'ÉTUDE

LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE À L'ESSAI D'UNE FORMATION
SUR L'ÉVALUATION ET LA GESTION DU RISQUE DE VIOLENCE À
L'AIDE DE LA GRILLE DASA FR. AUPRÈS D'INTERVENANTS
DANS LE DOMAINE DE LA PSYCHIATRIE LÉGALE

```

graph TD
    A[Elaboration de la formation  
Approche par compétences] --> B[Mise à l'essai et évaluation]
    C[Elaboration des vignettes  
d'apprentissage] --> B
    A <--> C
    A --> D[Pratiques exemplaires  
(psychiatrie légale) et  
Indicateurs de violence  
de DASA.fr.]
    C --> E[Tenir compte du  
contexte et  
environnement  
de la pratique]
    D --> F[Collaboration avec des  
intervenants et des  
patients partenaires.]
    E --> F
  
```

L'APPROCHE PAR COMPÉTENCE, POURQUOI ?

« Chaque jour, l'expérience montre que des personnes qui sont en possession de connaissances ou de capacités ne savent pas les mobiliser de façon pertinente et au moment opportun, dans une situation de travail.

L'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier (marqué par des relations de travail, une culture institutionnelle, des aléas, des contraintes temporelles, des ressources...) est révélatrice du "passage" à la compétence. Celle-ci se réalise dans l'action ». (Le Boterf, 1994, p. 16)

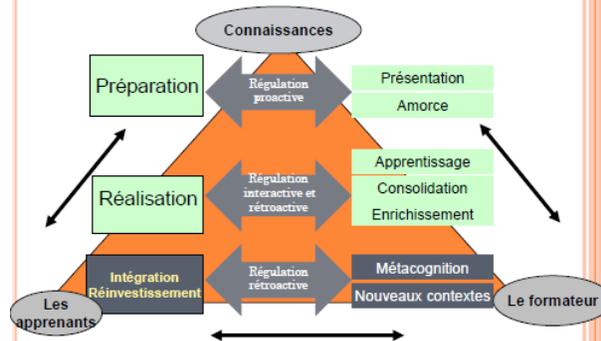
CONCLUSION OU PRINCIPES DE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCE (TARDIF, 1996)

- Traitement actif de l'information
- Réactivation des connaissances
- Organisation des connaissances
- Contextualisation

L'APPROCHE PAR COMPÉTENCE, COMMENT L'APPLIQUER (TARDIF, 1996), (BENNER ET AL 2010)

- En mettant en évidence le rôle des situations professionnelles qui contribuent à donner un sens aux connaissances.
- En faisant usage en contexte des savoirs formellement acquis.
- En favorisant l'établissement d'un rapport plus pragmatique au savoir.
- En laissant davantage de place à l'initiative et à la créativité du sujet en contexte.

OPÉRATIONNALISATION DE L'APPROCHE PAR COMPÉTENCE (GUIDE DU FORMATEUR) (TARDIF, 1996)



LES COMPÉTENCES VISÉES EN PSYCHIATRIE LÉGALE



LES SITUATIONS D'APPRENTISSAGE (LE BOTERF, TARDIF)

- Respecter ces principes
 - Ne pas perdre de vue les compétences visées.
 - Situations de travail significantes (susceptibles d'intéresser).
 - Mise en contexte.
 - Intégrative.
 - Doit déboucher sur des activités diversifiées susceptibles d'intéresser.

VISIONNEMENT DES VIDÉOS D'APPRENTISSAGE

- Validation des indicateurs
 - Est-ce...
 - Clair
 - Complet
 - Pertinent

INDICATEURS ET DISCUSSION

- Indicateurs visés par la vidéo 1
 - Refuse de suivre les indications/directives
 - Sensible à la provocation perçue
 - Irritabilité
 - Agressivité verbale
 - Autre: soliloque

INDICATEURS ET DISCUSSION

- Indicateurs visés par la vidéo 2
 - Agressivité verbale
 - Attitude négative

INDICATEURS ET DISCUSSION

- Indicateurs visés par la vidéo 3
 - Impulsivité
 - Facilement en colère lorsque les demandes sont refusées

Pause ?

14

DEUXIÈME PARTIE... PÉRENNITÉ

« On ne peut pas forcer les gens à agir avec compétence, mais on peut créer un environnement propice pour les pousser à y arriver. »

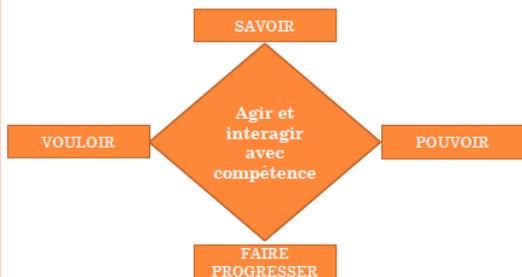
(Guy Le Boterf, spécialiste de la problématique des compétences professionnelles)

DISCUSSION SUR LES MOYENS POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ D'UNE NOUVELLE PRATIQUE

- Stratégies de formation
- Stratégies pour l'utilisation de la nouvelle pratique...
 - Qu'est ce que vous comptez instaurer pour que l'utilisation de cet outil soit pérenne ?

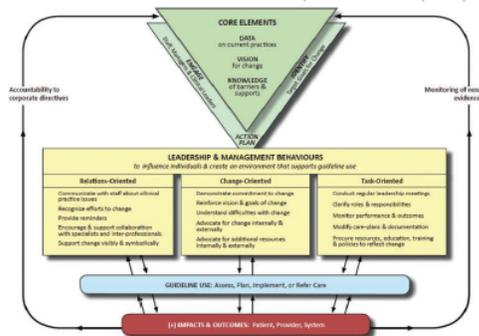
15

CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE:
QUELQUES PISTES D'ACTION (LE BOTERF, 2013) P.83



17

TAXONOMY OF LEADERSHIP AND
MANAGEMENT BEHAVIORS (GIFFORD ET ALL, 2013)



18

REMERCIEMENTS

- o Collaborateurs
- o Institutions
- o Intervenants



19



RÉFÉRENCES

- Dickens, O., Fiorillo, M., & Alderman, N. (2015). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 552-564. doi:10.1111/j.1447-0549.2012.00588.x
- Henner, F., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass.
- Constanino, R. E., Crane, P. A., Young, S. E. (2015). *Forensic Nursing: Evidence-Based Principles and Practice*. Philadelphia USA, Davis Pina Company.
- Dickens, O., Fiorillo, M., & Alderman, N. (2015). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 552-564. doi:10.1111/j.1447-0549.2012.00588.x
- Plattner F.A.J., Van Meijel H., Nijman H., et al. (2010) Preventing aggressive incidents and exclusions in forensic care by means of the Early Recognition Method. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1870-1877.
- Graham, I. D., Lejman, J., Tetro, J., Robinson, N., & Harrison, M. R. (2008). Chapter 27. Models of implementation in Nursing. In N. Oulman, D. Ollaha, R. H. Hayes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 231-245). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Keshinen, L., Lihola, H., Aho, J., Vuorio, O., & Miettinen, R. (2014). The professional competence profile of Finnish nurse practitioners in a forensic setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21(4), 320-328. doi:10.1111/jpm.12065
- Lerus, C., Dumais, A., Michaud, C. (2012). *Effet de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques*. Océa & Rapport de recherche. Hôpital Louis-H. Lafontaine.

21

RÉFÉRENCES

- o Le Boterf, G. (2008). *Repenser la compétence : Pour dépasser les idées reçues : quinze propositions*. France : Editions d'Organisation Groupe Eyrolles.
- o Lyons, T. (2009). Role of the forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 5(1), 53-57. doi:10.1111/j.1939-3938.2009.01033.x
- o Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière Éducation.
- o TIMMONS, D. (2010). Forensic psychiatric nursing: A description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(7), 636-646. doi:10.1111/j.1365-2650.2010.01561.x
- o Senon, J. L., Jonas, C., Voyer, M. (2013) *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. France: Elsevier Masson SAS.
- o Gifford, W. A., Davies, B. L., Graham, I. D., Tourangeau, A., Woodend, A. K., & Lefebvre, N. (2013). Developing leadership capacity for guideline use: A pilot cluster randomized control trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 51-65. doi:10.1111/j.1741-8787.2012.00254.x

22

Annexe 8

Annonce de la journée de la recherche

JOURNÉE DE LA RECHERCHE 2014

Le jeudi 29 mai 2014 - 8h à 17h

Vers la voie citoyenne

Sujets tabous, populations stigmatisées: comment la recherche peut aider?

Présentée par le Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.



S'adresse à tous les chercheurs, étudiants, stagiaires et employés du centre de recherche et de ses trois sites.

Portera sur la voie de l'intégration de la personne atteinte de troubles mentaux dans la vie citoyenne.

- Quelle voie, souvent sinueuse, la personne utilise-t-elle pour manifester son désir d'intégration?
- Comment la société est-elle en mesure de combler les besoins de la personne?
- Comment l'intervenant en santé mentale comprend ces besoins?
- Comment tenir compte de ces besoins dans le champ de la recherche?

Inscription obligatoire avant le 15 mai 2014

[Formulaire de proposition de présentation orale ou par affiche](#) (fichier Word) - avant le 5 mai 2014

Annexe 9

Document de soumission de présentation par affiche

Soumission d'une proposition de présentation orale ou par affiche.

Journée annuelle de la recherche : 29 mai 2014

Institut Philippe-Pinel de Montréal

Auditorium

COORDONNÉES

Nom : Darbeida

Prénom : Imène

Université : De Montréal

Diplôme en cours (s'il y a lieu) : Maîtrise en Sciences infirmières (formation)

Directeur de recherche (s'il y a lieu) : Caroline Larue, Marie Hélène Goulet

MODE DE PRÉSENTATION

Présentation orale	<input type="checkbox"/>
Présentation par affiche	<input checked="" type="checkbox"/>

PRINCIPAL AXE DE RECHERCHE

Neurobiologie et cognition	<input type="checkbox"/>
Traitement et réadaptation	<input checked="" type="checkbox"/>
Santé des populations et services	<input type="checkbox"/>

SITE

Hôpital Rivière-des-Prairies	<input type="checkbox"/>
Institut Philippe-Pinel de Montréal	<input checked="" type="checkbox"/>
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	<input type="checkbox"/>

THÈME ABORDÉ (choisir un seul thème)

- Psychiatrie générale
- Psychiatrie légale
- Pédopsychiatrie ou troubles neurodéveloppementaux
- Schizophrénie (psychoses)

X

La date limite pour déposer les formulaires de soumission est le 9 mai 2014

Les formulaires doivent être acheminés par courriel à l'adresse suivante :

Titre : Le développement et la mise à l'essai d'une formation sur l'évaluation et la gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr. auprès d'intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale.

Noms et prénoms des co-chercheurs :

Contexte : La violence vécue par le personnel de soins de santé est un problème mondial (Conseil international des infirmières 2008). Selon des données statistiques rapportées par le *National Health Service* en Angleterre, il y aurait eu près de 57 830 agressions physiques contre les professionnels de soins de santé en 2010-2011 (Dickens, Piccirillo & Alderman 2013). En psychiatrie légale, les personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité accompagné d'antécédents de comportements criminels sont plus enclines à agir de manière agressive que d'autres personnes atteintes de maladies mentales (Dickens, Piccirillo & Alderman 2013). Cette violence a des effets délétères notables touchant la santé physique et mentale du personnel soignant, ce qui affecte inévitablement la qualité des soins donnés aux patients (Dickens, Piccirillo & Alderman 2013). Cette réalité de violence incite le personnel soignant à avoir recours à des mesures d'isolement pour se protéger (Maguire, Young & Martin, 2012). Pourtant, ce recours occasionne des blessures et des coûts associés au traitement physique et psychologique des travailleurs. Ces constats nous amènent à réfléchir sur la prise en charge de la violence en psychiatrie légale par les intervenants en place.

Des outils d'évaluation de risque de violence existent et auraient pour effet de réduire les agressions en milieu hospitalier (Encinares et *al.* 2005; Lyons, 2009; McKinnon & Cross 2008). Dans le cadre d'un projet pilote, une formation a été donnée aux intervenants concernant l'utilisation de l'outil d'évaluation DASA fr. sur une unité de soins intensifs psychiatriques à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (Larue, Dumais & Michaud, 2012). Une formation adaptée au contexte de psychiatrie légale est nécessaire, tout en assurant une implantation qui vise la pérennité.

But : Le but poursuivi par ce projet est de procéder au développement et à la mise à l'essai d'une formation sur l'évaluation et la gestion du risque de violence à l'aide de la grille DASAfr. auprès d'intervenants dans le domaine de la psychiatrie légale.

Stratégies d'intervention : Le modèle d'Ottawa de l'utilisation de la recherche de Logan et Graham (1998) sera utilisé comme cadre de référence pour développer la formation. À ce modèle s'intègrent parfaitement les stratégies de formation suggérées par Patricia Benner. Benner & *al.* (2010) proposent d'assurer une continuité et une cohérence à travers l'apprentissage en utilisant notamment le questionnement et la réflexion dans l'action. La pratique réflexive que propose Patricia Benner permet la consolidation des connaissances. L'opérationnalisation de la pratique réflexive sera intégrée dans le cadre de ce projet étant donné sa visée de consolidation des savoirs pratiques qui seront acquis lors de la séance de formation. Trois vignettes seront conçues à travers la structure d'une stratégie d'enseignement et d'apprentissage. Les scénarios seront pensés à partir de situations réelles vécues par les intervenants. Des patients partenaires seront sollicités pour jouer le rôle des patients. Ces situations seront mises en contexte, ouvertes, intégratives et devront déboucher sur des activités diversifiées susceptibles d'intéresser les utilisateurs potentiels (Tardif, 2006). De plus, les situations seront placées dans un contexte plus général des compétences infirmières, tel qu'explicité à travers des revues et des écrits qui traitent de l'exercice infirmier dans un contexte de psychiatrie légale. Enfin, des activités de discrimination et de généralisation aideront au transfert des connaissances (Tardif, 2006). Enfin, les vignettes seront présentées aux intervenants dans le cadre de la formation sur l'utilisation de la grille, puis cette activité sera animée à travers une discussion réflexive.

Discussion et conclusion : Les retombées anticipées visent l'**utilisation** de la grille DASA fr. en soutien au jugement clinique infirmier tout en assurant le développement des compétences liées à l'évaluation et à l'intervention dans un contexte de psychiatrie légale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Benner, P. (1995). *De novice à expert: excellence en soins infirmiers*, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique.

Benner, P., Hughes, R., & Sutphen, M. (2008). *Clinical reasoning, decision making, and action: Thinking critically and clinically*.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. et Day, L. (2010). *Educating nurses. A call for radical transformation*. San Francisco (CA) : Jossey-Bass.

Bernstein, K.S., Saladino J.P. (2007) *Clinical assessment and management of psychiatric patients' violent and aggressive behaviors in general hospital*. Medsurg Nurs. 16 (5).

Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). *Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients*. International Journal of Mental Health Nursing, 22(6), 532-544. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x

Graham, I. D., Logan, J., Tetroe, J., Robinson, N., & Harrison, M. B. (2008). Chapter 27: *Models of Implementation in Nursing*. In N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 231-243). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Annexe 10

Annonce du *Club de lecture*

La perspective des infirmières et des patients sur la gestion de la violence en psychiatrie légale



12-06-2014 | Ce club de lecture sera présenté à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal par Imène Darbeida, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières.

Cette conférence s'adresse aux personnes qui s'intéressent aux questions de l'isolement et de la contention en milieu psychiatrique.

Un article sera présenté par une étudiante en sciences infirmières, Imène Darbeida, qui met en évidence la perspective des infirmières et des patients sur la gestion de l'agression et de la violence en psychiatrie légale.

Veuillez confirmer votre présence à l'adresse _____ si vous êtes de l'extérieur de l'hôpital pour que vous soyez inscrit sur la liste de visiteurs.

Article présenté

Dickens, G., Piccirillo, M, Alderman, N. (2013). **Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients.** International Journal of Mental Health Nursing, 22, 532-544.

Lieu:

Responsable

Institut Philippe-Pinel de Montréal

Marie-Hélène Goulet

Local:

Date: 12 juin de 11h30 à 12h30

Annexe 11

Présentation au Club de lecture

Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients

Journal club animé par

Imène Darbeida inf. M. Sc. (c)

Directrices du projet:
Caroline Larue inf. PhD,
Marie-Hélène Goulet inf. PhD (c),
Superviseur de stage:
Étienne Paradis Gagné inf. MBA.

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



Plan de présentation

- * Contexte
- * Concepts
- * Étude
 - * Problématique
 - * Questions de recherche
 - * Méthode
 - * Résultats
 - * Discussion
- * Conclusion

Contexte

- * Projet de maîtrise
 - * Projet de formation (DASA fr.)
- * Justification du choix de l'étude
 - * Approche subjectiviste (Senon, Jonas et Voyer, 2013)
 - * Approche objectiviste (Senon, Jonas et Voyer, 2013)

Étude

Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients

- * Dans, *International Journal of Mental Health Nursing* (2013)
- * Auteurs:
 - * Geoffrey Dickens
 - * Maria Piccirillo
 - * Nick Alderman

Concepts



Modèles étiologiques de l'agression et de la violence (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

- * **Modèle interne**
 - * L'agressivité est instinctive
 - * Prédilection génétique
 - * Facteurs liés au patient
- * **Modèle externe**
 - * L'environnement
 - * Le sexe du personnel
 - * Le niveau de formation et d'expérience du personnel
- * **Modèle situationnel / interactionnel**
 - * Facteurs situationnels et leur contingent
 - * Interactions interpersonnelles (attitude)

6

La problématique (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

Les 3 modèles étiologiques en psychiatrie générale.

Absence de données en Psychiatrie légale.

En soutien au rôle des infirmières qui exercent en psychiatrie légale.

Évaluer et intervenir dans un contexte de violence.

7

Questions de recherche (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

- * Explorer les perceptions au sujet des causes et de la gestion de la violence et de l'agression chez les patients résidant dans un environnement de psychiatrie légale.

8

Méthode (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

- * Une étude prospective, transversale, une conception comparative.
- * Un des chercheurs a mené une entrevue face à face avec chaque patient.
- * Un échantillon de comparaison du personnel infirmier a été recruté par la publicité sur des affiches, sur les unités.

9

Matériel (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

- * Les 27 items de MAVAS
 - * Facteurs internes (5)
 - * Facteurs externes (3)
 - * Facteurs situationnels et interactionnels (5)
 - * Facteurs liés à la gestion des comportements (14 au total)

10

Caractéristiques des patients (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

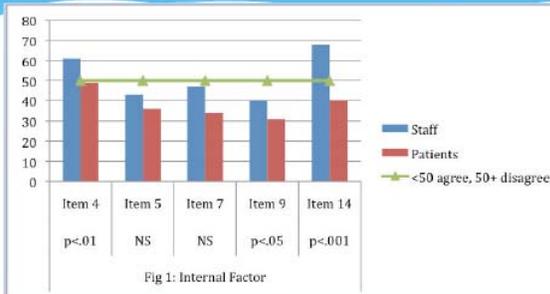
TABLE 1: Characteristics of patient participants (n = 98)

Patient characteristic	n (%)
Sex	
Male	56 (57.1)
Female	42 (42.9)
Legal status	
Civil section	40 (40.8)
Forensic section	58 (59.2)
Aggressive history	
Previous violent conviction	59 (60.2)
No previous violent conviction	39 (39.8)
Inpatient aggression (from OAS-MNR)	
Verbal aggression (past 6 months)	33 (33.7)
Aggression towards object (past 6 months)	25 (25.5)
Aggression towards person (past 6 months)	24 (24.5)
Diagnosis	
Schizophrenia type F20-F29	30 (30.8)
Personality disorder F60-F69	30 (30.8)
Both schizophrenia and personality disorder	13 (13.3)
Neither schizophrenia nor personality disorder	7 (7.1)
Age	
Mean: 33.5 years (SD = 10.8 years, range 18-65)	
Length of stay	
Mean: 31.0 months (SD = 24.7 months, range 2-128)	

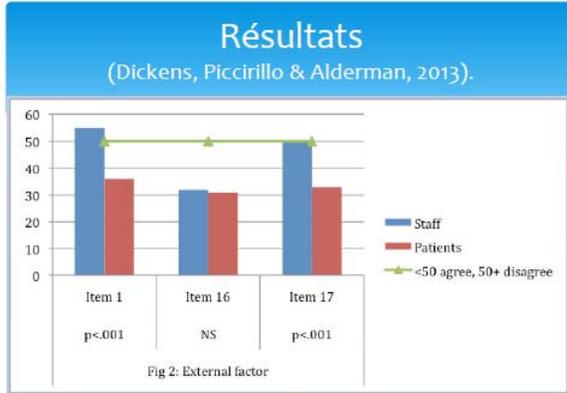
OAS-MNR, Overt Aggression Scale - Modified for Neurorehabilitation; SD, standard deviation.

Résultats (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

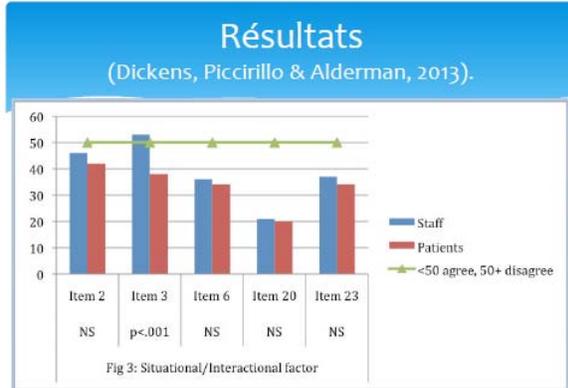
(Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).



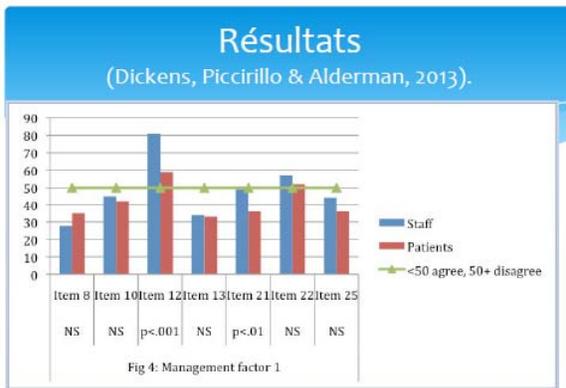
12



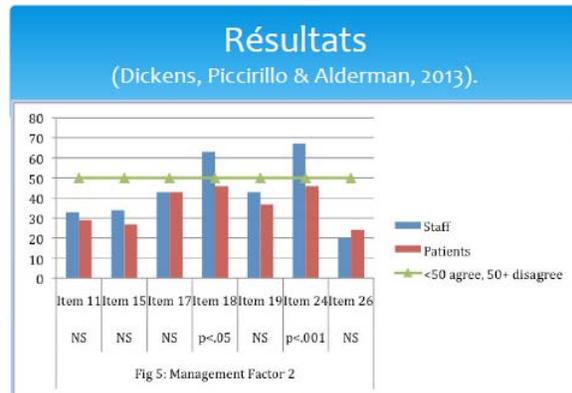
13



14



15



16

La perspective des infirmières et des assistants en soins de santé sur la gestion de l'agression et de la violence en psychiatrie légale (Dickens, Piccirillo & Alderman, 2013).

- * item6. Un déficit de communication /comportements agressifs.
- * item10. Lorsque le patient est violent /l'isolement contention comme méthode de choix
- * item17. l'expression de la colère / l'intervention du personnel

17

Conclusion/Réflexion

- * Différence de perceptions
- * Mesures de gestion des comportements (violent/agressifs)
- * La perception des patients
 - * Être à l'écoute de leurs besoins
 - * Innover en matière des mesures alternatives

18

Discussion

19

Références

- * Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 532-544. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x
- * Senon, J. L., Jonas, C., Voyer, M. (2013) *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. France: Elsevier Masson SAS.

20