

Université de Montréal

**Représentations sociales de la dangerosité psychiatrique
chez les intervenants en santé mentale: une anthropologie
du risque**

par

Nathalie Baba

Faculté des Arts et des Sciences

Département d'anthropologie

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)
en anthropologie

octobre, 2014

© Nathalie Baba, 2014

Résumé

Le présent mémoire porte sur les représentations sociales de la dangerosité en psychiatrie chez les intervenants de proximité (infirmières, préposés, et agent de sécurité), d'un milieu de soins psychiatriques. Nous cherchons à explorer comment ces intervenants perçoivent et interprètent les risques inhérents à leur métier et comment ils y réagissent en situation d'incertitude. Les concepts de dangerosité, d'« individu dangereux » et de risque en psychiatrie sont abordés dans le présent mémoire, à travers un angle historique, social et anthropologique, suivant les lectures de Michel Foucault; de Robert Castel; de Ian Hacking; et de Mary Douglas. De l'observation participante dans une unité de soins psychiatriques aigus et des entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès d'une dizaine d'intervenants en santé mentale. Une approche ethnographique et interprétative nous a permis de dégager les principales récurrences, divergences et contradictions intra et inter intervenants sur la question de la dangerosité et du risque en psychiatrie. Les résultats sont séparés en fonction de trois grands thèmes : 1) représentations sociales de la dangerosité 2) perceptions du risque au travail 3) réactions face au risque perçu. L'analyse de nos résultats montre que les connaissances qu'ont les intervenants sur la dangerosité ne se limitent pas à celles produites par le savoir expert, elles s'ouvrent aussi sur leur propre réalité clinique. De plus, contrairement aux prédictions du savoir expert, la différence observée entre les pratiques de contrôle des intervenants n'est pas la conséquence d'une surestimation du risque ni d'un manque d'information « objective » sur les facteurs de risque du comportement agressif, mais s'explique davantage en fonction de la présence ou de l'absence d'un lien thérapeutique et du degré de reconnaissance sociale dans les interactions entre les soignants et les soignés. Les éléments qui renforcent ou limitent l'établissement d'un lien de confiance sont explicités dans le présent mémoire.

Mots-clés : psychiatrie; risque; danger; représentations sociales; pratiques de gestion du risque; mesures de contrôle; reconnaissance sociale; anthropologie.

Abstract

The present thesis analyzes social perceptions regarding danger and risk experienced in a psychiatric setting. We seek to explore how psychiatric practitioners and staff, who are confronted daily with aggressivity, perceive the risks inherent in their work and how they react in situations of uncertainty. The concepts of “dangerousness”, “dangerous subjects” and of “risk” in psychiatry are considered in this thesis, through anthropological, historical and sociological perspectives based on the work of Michel Foucault, Robert Castel, Ian Hacking and Mary Douglas. Participant observation in an acute care psychiatric unit, along with semi-structured interviews were carried out with more than ten practitioners (including nurses, beneficiary attendants, and security agents). The use of both an ethnographic and interpretative approach highlighted similarities, disparities and contradictions between the narratives of different categories of staff, as well as between individual staff and practitioners, regarding danger and risk in psychiatry. The results are divided into three disparate themes: 1) social perceptions of dangerousness and risks associated with aggression 2) perceptions of risk in the workplace 3) reaction towards perceived risk. This analysis demonstrates that staff and practitioners’ implicit knowledge regarding ‘dangerousness’ is derived from a continuous incorporation of expert knowledge, based on objective risk factors, and the clinical reality in which they interact on a daily basis. Moreover, contrary to the predictions of experts, the difference between practitioners control practices does not derive from an overestimation of risk, nor is it the consequence of a lack of objective information regarding such risk. It can, instead, be explained by the presence or absence of a therapeutic relationship and by the degree of social recognition between caregiver and patient. The elements that strengthen or limit the establishment of trust will be further elucidated in the present discussion.

Keywords : psychiatry; risk; danger; social perceptions; risk management practices; control measures; social recognition; anthropology.

Table des matières

Résumé	ii
Abstract	iii
Table des matières	iv
Remerciement	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : Dangerosité, risque et construction historique de l'individu dangereux ..	7
1.1 Concept de dangerosité	7
1.2 Danger et risque	8
1.2.1 De la dangerosité au risque	9
1.3 Construction sociale et historique du danger en psychiatrie	12
1.4 Évolution de l'individu dangereux dans l'histoire de la pénalité moderne et de la psychiatrie légale	14
1.4.1 « Individus dangereux » dans la pénalité moderne	14
1.4.2 « Individus dangereux » dans la psychiatrie légale	16
1.4.2.1 Folie, dangerosité et individu à risque au XIXe siècle	17
1.4.2.2 Représentations actuelles de la dangerosité	20
1.5 Danger, risque et modernité	21
1.5.1 Représentations et pratiques de gestion du risque dans la modernité : de l'élimination du danger à la gestion des risques	21

1.5.2 Nouvel espace du risque dans la modernité avancée.....	25
1.5.3 Réflexivité et modernité	27
CHAPITRE 2 : Savoirs sur le risque	31
2.1 Problématique.....	31
2.2 Savoir implicite sur le risque.....	34
2.2.1 Valeurs et risque.....	34
2.2.2 Construction sociale du risque.....	35
2.2.3 Savoirs experts et profanes sur le risque	36
2.3 Fonction anthropologique et politique du discours social sur le risque	39
2.4 Facteurs qui influencent les savoirs populaires associés au risque	41
2.4.1 Sentiment de vulnérabilité personnelle et exposition au risque	42
2.4.2 Volonté de distanciation face à un groupe ou à une norme	43
2.4.3 Culture du risque	44
2.4.4 Pratiques quotidiennes.....	46
2.5 La situation duelle et contradictoire des représentations « sociales »	48
2.5.1 Limite du discours « normatif »	48
CHAPITRE 3 : Méthodologie	52
3.1 Recherche qualitative	52
3.2 Démarche pré-terrain.....	53
3.2.1 Le problème de l'interdisciplinarité en psychiatrie	53
3.3 Technique de collecte de données	55

3.4 Population à l'étude et stratégie de recrutement.....	58
3.5 Considérations éthiques.....	60
3.6 Technique d'analyse des données.....	60
3.7 Contexte d'étude.....	61
3.7.1 Profil personnel de la population à l'étude.....	61
3.7.2 Contexte de soins.....	63
CHAPITRE 4 : Résultats	67
4.1 Représentations sociales de la dangerosité.....	68
4.1.1 Personne dangereuse	69
4.1.2 Lien entre risque, danger et santé mentale	72
4.1.3 Situations dangereuses.....	73
4.1.3.1 La présence de drogues dans l'unité.....	73
4.1.3.2 Les coupures administratives	75
4.1.3.3 Manque de ressources externes	77
4.2 Perceptions du risque au travail.....	79
4.2.1 Postes et milieux de travail à risque	79
4.2.2 L'expérience de la peur au travail.....	80
4.2.3 Attitudes à l'égard du risque au travail.....	82
4.2.3.1 Perception du risque maîtrisable	85
4.2.3.1.1 Facteurs qui influencent la perception du risque maîtrisable.....	86
4.2.3.2 Perception du risque difficilement maîtrisable.....	88

4.2.3.2.1 Facteurs qui influencent la perception du risque difficilement maîtrisable.....	90
4.3 Réactions face au risque perçu	93
4.3.1 Double rôle au travail	93
4.3.2 Pratiques de contrôle	95
4.3.3 Lien thérapeutique	100
CHAPITRE 5 : Discussion des résultats.....	104
5.1 Savoirs profanes sur le risque	106
5.1.1 Contradiction entre danger et risque.....	108
5.1.2 Au-delà des signes « objectifs » : les situations sociales dangereuses.....	111
5.1.2.1 Facteur de la consommation de drogues.....	111
5.1.2.2 Les coupures administratives.....	112
5.2 Perceptions du risque au travail.....	112
5.2.1 Dénier de la peur.....	112
5.2.2 Trois profils des intervenants : dramatisation, banalisation et maîtrise du risque.....	113
5.2.3 Facteurs qui influencent les perceptions du risque	114
5.2.3.1 Sentiment de vulnérabilité personnelle.....	115
5.2.3.2 Degré d'exposition personnelle	116
5.3 Pratiques de gestion du risque	117
5.3.1 Utilisation des mesures de contrôle	117
5.3.1.1 Discours social du contrôle	118

5.3.2 Entre soins et contrôle : l'importance du lien thérapeutique et de la reconnaissance sociale.....	120
CONCLUSION	126
BIBLIOGRAPHIE	132
ANNEXES	
Annexe 1 : Grille d'entretien auprès des intervenants.....	i
Annexe 2 : Formulaire socio-démographique pour les intervenants	iii
Annexe 3 : Formulaire de consentement pour les intervenants	iv

Pour Téta

Remerciements

Le choix du sujet du mémoire est avant toute chose, le reflet de mes propres réflexions sur l'incertitude et sur la folie. C'est aussi le choix de vivre une aventure dans un monde qui m'était complètement inconnu; de m'approcher sensiblement à la fois de moi-même et des Autres, de transgresser cette frontière encore poreuse entre la normalité et l'anormalité, entre le connu et l'« étranger ». C'est ainsi tout mon rapport à la psychiatrie, à l'incertitude et à la souffrance qui s'est vu ébranlé par le terrain et par les entrevues réalisées, laissant à mes réflexions la possibilité de reconnaître l'incertitude non pas comme un affect à maîtriser ou à contrôler mais comme une énigme qui s'ouvre vers l'avenir, nous permettant en retour de mieux se connaître soi-même.

Je tiens à remercier pour ce mémoire, tous les intervenants de l'équipe de soins qui m'ont chaleureusement accueilli, et qui m'ont ouvert les portes d'un monde qui m'était jusqu'ici complètement inconnu. Par raison de confidentialité, je ne pourrais nommer ni les intervenants, ni les patients, ni la chef d'équipe. Sachez simplement, que les mots sont trop peu pour exprimer ma profonde gratitude et reconnaissance à votre égard. Merci pour votre ouverture, votre accueil et votre sincérité. J'aimerais également remercier mes directrices, Sylvie Fortin pour ses précieux conseils, son empathie, sa passion communicative et sa confiance en mes réflexions et en mes intuitions; Caroline Larue, pour ses conseils, sa gentillesse, son aide et sa présence constante au cours du terrain. Je ne peux manquer de remercier certains professeurs qui m'ont marqué durant mon cheminement en anthropologie et dans l'évolution de mes réflexions sur la santé et la maladie : Gilles Bibeau; Ellen Corrin; et Laurence Kirmayer.

J'aimerais en terminant, remercier de tout cœur à la fois ma famille; Marie, Victor, Stéphanie et Téta et mes amis; Simon, Vincent, Maryse, Alex, Christina, Vincent, Olivier, Sorraya, Amine, Virgile, Elisabeth et Dounia; pour le soutien et leur encouragement durant l'épopée qu'à constitué le processus de la rédaction.

Introduction

La question du danger et du risque traverse invariablement les époques, les lieux et les cultures. Or, les peurs ne sont pas les mêmes d'une culture, d'une classe sociale ou d'une époque à l'autre. (Le Breton 1995). Les représentations sociales du danger et du risque ne sont pas universelles, immuables ou figées et ne reposent pas sur les mêmes conditions pour tous les individus (Le Breton 1995). Le risque étant au contraire un construit social issu davantage d'un consensus et d'une reconnaissance sociale que d'une entité « réelle » et figée existante dans la nature (Bérard et al. 2012; Castel 1981, 1983; Duclos 1987, 1996 ; Douglas 2002; Foucault 1981; Hacking 2004, 2008; Josanoff 1988; Perreti-Watel 2001).

Le présent mémoire de recherche porte sur les représentations sociales de la dangerosité en psychiatrie chez les intervenants de proximité (infirmières, préposés, et agent de sécurité), c'est-à-dire ceux qui sont confrontés quotidiennement au risque d'agression. Nous cherchons à explorer comment les intervenants de proximité d'un milieu de soins psychiatriques perçoivent les risques et les dangers inhérents à leur métier et comment ils y réagissent en situation d'incertitude. Nous nous intéressons particulièrement aux dimensions relatives à l'évaluation des signes d'un « individu dangereux » et de situations sociales dangereuses en psychiatrie; aux expériences de travail et aux stratégies de gestion des risques.

Dans un contexte de réduction voire d'élimination des mesures de contrôle en psychiatrie que

sont les chambres d'isolement, les mesures de contentions physiques et chimiques, utilisées pour gérer l'agressivité et le risque d'agression ; la Loi sur les services sociaux et de santé introduit l'article 118.1. qui prévoit que l'isolement ou la contention physique, mécanique ou chimique est une mesure ne devant être pratiquée que « pour empêcher (la personne) de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions ». En 2002, Le Ministère de la Santé et des Services sociaux dévoile ses Orientations ministérielles qui visent à faire « coïncider le cadre juridique et les pratiques » et à guider de manière assez sévère l'élaboration des protocoles par les établissements. Les normes ministérielles précisent que ces mesures ne doivent être utilisées qu'exceptionnellement, c'est-à-dire uniquement en présence d'un individu « dangereux » pour lui-même ou pour autrui. Or, le rapport du protecteur du citoyen (2011) montre l'existence de représentations et de pratiques différentes entre les intervenants d'un milieu de soin donné, quant à l'évaluation et la prise en charge de la dangerosité. La question de l'individu dangereux en psychiatrie ainsi que le sens qui est accordé au danger et au risque par les intervenants devient dès lors primordiale à interroger : comment identifier un individu dangereux ou à risque de violence ? Comment définir le danger et le risque en psychiatrie ? Quels sont les facteurs qui interviennent dans la construction sociale du danger et du risque ? Comment faire sens des différentes pratiques de contrôle utilisées et des différences entre les intervenants quant à leur conception du danger et du risque ?

Alors que la majorité des études se sont penchées sur l'analyse des facteurs de risque individuels au comportement agressif, peu d'études ont réellement abordé le sens que prennent le danger et le risque en psychiatrie chez les intervenants et le sens sous-jacent à la variabilité

de leur pratiques et de leurs représentations. Dans un premier temps, on approchera les représentations du danger et du risque en psychiatrie, non seulement comme un construit social et historique qui varie au gré des époques, des lieux et des groupes sociaux, mais comme un construit qui possède également une incidence concrète dans le réel influençant les pratiques quotidiennes des intervenants (Hacking 2004, 2008). Le contexte psychiatrique constituera un support privilégié à la théorisation des rapports entre représentations sociales du risque et pratiques de gestion du risque. Pour ce faire, nos chapitres théoriques s'orienteront à la fois sur la littérature consacrée à la dangerosité et à l'évolution de son concept dans l'histoire mais aussi, à l'effet de la modernité sur les différentes représentations et pratiques de gestion du risque et de l'incertitude chez les individus.

Dans le premier chapitre, nous tenterons de comprendre comment les discours sur la dangerosité, le risque et le danger se sont construits à travers l'histoire de la psychiatrie et de la criminologie et comment ils ont évolué et ont façonné les interventions politiques, psychiatriques et judiciaires actuelles. Nous nous intéresserons en premier lieu à la généalogie du concept de dangerosité et d'individu « dangereux » en psychiatrie (Castel 1983 ; Foucault 1981 ; Sechter 2012). Nous aborderons ensuite le glissement qui s'est opéré dans les pratiques de prise en charge de la dangerosité : des politiques visant l'élimination du risque à celles qui priorisent la sécurité et la prévention à tout prix. Pour conclure le dernier chapitre, nous traiterons de l'effet de la modernité sur les représentations sociales et sur les pratiques de gestion du risque individuelles, en posant la question de la réflexivité du savoir populaire à l'égard du savoir expert.

Le second chapitre posera la question du lien entre les savoirs populaires et ceux experts dans les représentations et les stratégies de gestion du risque individuelles. Il s'intéressera également aux facteurs qui interviennent dans la construction sociale des savoirs populaires associés au risque (Burton Jeangros 2004 ; Le Breton 1995 ; Duclos 1996, Massé 2009). Nous conclurons le second chapitre par les forces et les limites du concept même de « représentations sociales » en posant la question du sens que peuvent prendre les résistances, les contradictions et les divergences entre représentations sociales sur le risque, discours normatif sur le risque et pratiques individuelles.

Nous présenterons par la suite la méthodologie utilisée dans le cadre de notre étude, passant de l'observation participante d'une unité de soins aigus d'un hôpital psychiatrique de l'est de l'île de Montréal aux entrevues semi-structurée avec une dizaine d'intervenants de proximité (infirmières, préposés aux bénéficiaires et agent de sécurité). De type ethnographique, notre devis est exploratoire et qualitatif et utilise des méthodes qui sont propres à l'anthropologie socio-culturelle.

À partir de l'observation participante, trois thèmes d'entrevues émergent: 1) représentations sociales de la dangerosité 2) perceptions du risque au travail et 3) stratégies de gestion du risque des intervenants. Dans la section résultats, nous présenterons les récurrences et les divergences; les contradictions et les résistances entre les différents discours des intervenants, pour chacun des thèmes, suivi d'un chapitre de discussion qui présentera le sens qui sous-tend ces récurrences, ces divergences et ces contradictions entre les discours intra et inter

intervenants.

Concernant les représentations sociales de la dangerosité, les résultats montrent que le sens accordé au danger n'est pas uniquement associé à un individu agressif ou violent, ni à un individu qui présente des facteurs de risque à l'agression, il est aussi représenté de manière structurelle et sociale, associée à une organisation clinique particulière. En effet, la consommation élevée de drogues au sein de l'unité et les coupures administratives dans les soins psychiatriques sont perçues par les intervenants comme des situations sociales « dangereuses ». Les résultats montrent que le discours social sur le risque des intervenants d'un milieu de soin donné se construit et se négocie à la fois à partir de leurs connaissances du savoir expert et de la réalité clinique dans laquelle ils se trouvent.

Concernant les perceptions du risque au travail, les résultats montrent une variabilité de réponses quant aux attitudes et aux manières de composer avec le risque au travail. Différents profils sont identifiés 1) ceux qui banalisent la présence du risque, 2) ceux qui la dramatisent, 3) et ceux qui la rationalisent. Nos résultats montrent que les préposés aux bénéficiaires (n=2), l'agent de sécurité (n=1) et quelques infirmières volantes (n=2) possèdent une perception du risque au travail plus élevée et un discours plus « dramatique » sur le risque que les autres infirmières. Le sentiment de vulnérabilité personnelle et sociale et les postes qui possèdent un degré d'exposition élevé au risque expliqueraient les différentes perceptions du risque au travail entre les intervenants.

Concernant les pratiques de gestions du risque, nos résultats montrent qu'à l'inverse des attitudes et des pratiques attendues par le savoir expert, la variabilité entre les pratiques individuelles quant à l'usage du contrôle, n'est pas la conséquence d'une surestimation ou

d'un sentiment élevé du risque au travail, ni du manque d'information que disposent les individus quant aux signes individuels du danger. C'est davantage la présence ou l'absence d'un lien et d'une relation thérapeutique entre un intervenant et son patient qui explique ces différences. Or, les milieux cliniques tels qu'ils sont aménagés et organisés actuellement résultent d'une organisation et d'une administration psychiatrique particulière qui priorisent avant tout la surveillance, la prévention et la gestion des risques aux dépens des soins offerts.

C'est à partir de notre discussion, que non seulement nous tenterons d'articuler les résultats obtenus à la littérature, mais qu'il nous sera aussi possible d'engager un point de vue critique et aussi synthétique des différents savoirs, à la fois ceux experts et populaires, qui tendent à priori, à s'exclure mutuellement sur la question de la dangerosité.

Notre mémoire ne constitue pas une critique radicale de l'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie, il s'intéresse plutôt à donner une voix aux intervenants et à faire émerger des problématiques sociales qui expliquent certaines représentations et certains abus de contrôle. Il va sans dire que le cadre restreint du mémoire ne peut prétendre à une totale exhaustivité.

Dans le chapitre discussion, nous proposons qu'une modification des aménagements des espaces cliniques en des milieux qui favorisent davantage les « soins » et le « care » permettra d'une part, l'émergence d'échanges et de rencontres entre les soignants et les soignés de l'unité et d'autre part, une plus grande proximité entre ces derniers, une meilleure empathie et une plus grande reconnaissance de la souffrance de ceux qui souffrent. Ainsi, ces espaces seraient peut-être, alors plus à même de s'inscrire dans les orientations du Ministère de la Santé (MSSS 2011) quant à la modification et à la réduction des mesures de contrôle.

Chapitre 1

Dangerosité, risque et construction historique de l'individu dangereux.

1.1 Concept de dangerosité

La notion de dangerosité est définie comme l'état dangereux dans lequel une personne est susceptible de commettre un acte violent envers elle-même ou autrui, dans le futur (Viaux 2003). Pour Ernst Seeling (1956), la dangerosité est définie en fonction de « la probabilité accrue de perpétuer un nouveau crime »; alors que pour Grispigni c'est « une capacité évidente d'une personne à commettre un méfait » (cité dans Landry 2002 : 37). Pour Georges Heuyer (1968), enfin : « toutes les définitions (de la dangerosité) comportent un facteur commun : un potentiel de nocivité sociale qu'il est nécessaire de dépister précocement pour éviter les dommages qu'il est capable de réaliser » (cité dans Landry 2002 : 37). Christian Debuyst (1981), dans La Notion de dangerosité, une maladie infantile de la criminologie, définit la dangerosité « comme la probabilité que présente un individu de commettre une infraction, que cette infraction soit contre les biens ou contre les personnes » (cité dans Senon et al. 2009 : 720). Bruno Gravier (2008) souligne la différence entre la dangerosité d'un individu ou l'état « dangereux », qui est définie par J-P Senninger comme « un complexe de conditions sous l'action desquelles il est probable qu'un individu commette un délit » et la situation dangereuse ou le danger imminent, qui survient lorsqu'un individu ou un groupe

d'individu se sentent menacés, de façon réelle ou imaginaire par une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure (cité dans Senon 2009 : 720). Cette distinction se retrouve également dans la littérature scientifique qui traite davantage de la dangerosité comme une probabilité, un risque de violence à évaluer dans le futur en fonction de critères « objectifs » qu'un qualificatif pour désigner le danger imminent ou une situation dangereuse qui se déroule dans le présent (Cocoza 1975 ; Landry 2002; Senon et al. 2009 ; Leplat 2007; Przygodzki-Lionnet 2009). L'importance d'évaluer le risque de violence à partir de critère « objectifs » devient dès lors le moteur implicite dans le fait d'enfermer ou d'hospitaliser un individu identifié comme à haut risque de dangerosité comme le souligne Przygodzki-Lionnet (2009 : 410) : « Ainsi le degré de dangerosité d'un individu constitue un critère non seulement explicite, mais aussi transversal dans la mesure où il influe à la fois sur la détermination de la peine et sur son exécution ».

1.2 Risque et danger

La littérature scientifique sur la question de la dangerosité et sur la prédiction de la violence distingue clairement la notion de risque de celle de danger, dans la mesure où le risque est défini comme la possibilité qu'un évènement ou une situation entraîne des dommages dans des conditions déterminées ; alors que le danger représente un évènement ou une situation susceptible d'occasionner des conséquences négatives pour l'homme et/ou pour l'environnement; comme une « menace réelle contre la sécurité ou la vie d'une personne ou d'une chose », il est donc observable, palpable, et peut se constater par des faits. Leplat (2007 : 21-22) souligne : « On peut donc dire plus succinctement, et pour articuler les deux

notions, que le risque est la possibilité qu'un danger s'actualise, cette éventualité étant formalisée en termes de probabilité. Ainsi, le risque recouvre deux composantes : la probabilité d'occurrence d'un événement et la gravité des conséquences qui lui sont consécutives ». Castel (1983) montre que la notion de risque se distingue aujourd'hui de celle du danger, dans la mesure où l'évaluation du risque ne présuppose pas la présence d'un danger précis porté par un individu ou même par un groupe concret, « mais un effet de la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportement indésirable » (Castel 1983 : 122). Autrement dit, il ne suffit pas qu'une personne présente un comportement dangereux et violent pour être catégorisé comme un individu « dangereux ». Castel (1983) souligne cette contradiction en affirmant que : « la dangerosité est une notion assez mystérieuse, et profondément paradoxale, puisqu'elle implique à la fois l'affirmation de la présence d'une qualité immanente au sujet il est dangereux, et une simple probabilité, une donnée aléatoire, puisque la preuve du danger ne sera donnée que dans l'après coup, si le passage à l'acte a effectivement lieu » (Castel 1983 : 120). Ainsi, le concept de dangerosité appliquée à un individu se distingue de celui du danger dans la mesure où il suppose qu'un individu est à la fois « dangereux » pour lui-même ou pour autrui peu importe la présence ou l'absence d'un danger imminent. Tant un individu à risque d'agressivité qu'un individu qui passe à l'acte possèdent un niveau de dangerosité élevé.

1.2.1 De la dangerosité au risque

Le concept de dangerosité avant d'être probabilisé en des termes statistiques était une évaluation subjective du risque de violence que représentait un individu (Aubert 2012). Or,

devant l'impuissance des psychiatres à prévoir et donc empêcher toute récurrence et violence de manière certaine, une perte progressive de confiance des tribunaux et des citoyens est apparue envers l'expertise clinique quant à l'évaluation clinique de la dangerosité d'un individu (Castel 1983). L'évaluation du risque de violence était perçue par plusieurs auteurs (Cocozza 1975; Monahan 1997; Tserksky & Kahneman 1981; Sjoberg 2000) comme une action fortement subjective basée sur l'hypothèse d'un rapport plus ou moins probable et aléatoire que tel et tel symptôme était lié à tel acte à venir et avait tendance à surestimer la présence du risque. Ces auteurs vont souligner l'imperfection du diagnostic clinique des psychiatres, argumentant en faveur d'une démarche actuarielle pour diminuer les possibilités d'erreurs du jugement clinique. Selon eux l'évaluation clinique du risque de violence est une évaluation « arbitraire », car elle ne représente pas la mesure objective du danger. Plusieurs ont cru bon d'obtenir des outils de mesures plus précises et plus fiables pour prédire la récurrence et le risque de violence en critiquant le jugement clinique et subjectif des psychiatres sur lequel l'enfermement des « fous criminels » et ensuite des « fous » reposait (Cocozza 1975; Dolan & Doyle 2000, Tversky & Kahneman 1974, 1981; Sjoberg 2000). Plutôt qu'utiliser des méthodes préventives d'enfermement sur la folie, l'idéologie néo-libérale du XXe siècle va prioriser des méthodes préventives de dépistage systématique et de surveillance¹ en identifiant divers critères statistiquement fiables qui représenteraient les meilleurs indicateurs d'un risque de violence et de récurrence (Aubert 2012 ; Castel 1983 ; Massé 2007). Dès lors, un glissement s'opère selon Castel (1983) de la dangerosité au risque, d'une évaluation subjective du danger

¹Le terme surveillance est utilisé en ce sens que le but visé est d'anticiper et d'empêcher l'émergence d'un événement indésirable, maladie, ou comportement déviant. Pour Castel (1981) la surveillance ferait l'économie d'une relation thérapeutique appropriée, qui permet un contact réel entre le soigné et le soignant : « Il n'y a pas de rapport d'immédiateté à l'égard d'un sujet, parce qu'il n'y a plus de sujet » (Castel 1981 : 123).

à une évaluation objective, désormais formalisée en terme de probabilités statistiques. Selon Castel (1983), les nouvelles techniques préventives qui sollicitent la statistique et les méthodes épidémiologiques ont pour conséquence d'autonomiser la notion du risque de celle du danger. En rendant la notion de risque indépendante au danger, la visée première des politiques préventives n'est plus d'affronter directement une situation perçue comme étant dangereuse, mais d'anticiper toutes les figures d'irruption du danger : « ce n'est pas de prévoir un passage à l'acte particulier que de prétendre construire les conditions objectives d'apparition du danger pour en déduire de nouvelles modalités d'interventions » (Castel 1983 : 122). Ce glissement permet aussi selon Castel (1983) de nouvelles possibilités d'action politiques, ouvrant la voie à des interventions et à des pratiques qui ont pour cible une population plus large et un pouvoir d'agir plus illimité sur non plus des individus ou des groupes en particulier, mais sur le risque que présentent les individus. Fait étonnant, alors même que ces mesures statistiques furent développées pour diminuer les coûts engendrés par l'internement obligatoire des individus perçus comme « dangereux » et pour objectiver l'évaluation du risque, le calcul du risque n'a-t-il au contraire, fait augmenter la population psychiatrique et carcérale au début du XXe siècle ? Quetel (1988) montre une augmentation de la population internée dans les asiles psychiatriques en France du XIXe au XXe : « Bien que la loi ne changea pas substantiellement en France avant 1990, il [Claude Quetel] rapporte que la proportion d'internés pour 10 000 habitants passa d'environ 1,9 en 1789, à 10 fois plus en proportion sous la IIIe République » (Quetel 1988 cité dans Bernheim 2011 : 259). Que s'est-il donc passé ? Les fous étaient-ils plus dangereux au XXe siècle qu'au XIXe siècle ou est-ce notre perception du danger qui s'est modifié et qui s'est élargi pour y inclure désormais les individus « à risque » ?

Une abondante littérature en criminologie, en droit et en psychologie, aborde davantage la dangerosité sous l'angle de l'évaluation du risque de violence, que sous l'angle du sens que prendrait le concept même du danger et du risque pour les acteurs concernés : qu'est-ce qu'un individu dangereux ou à risque ? Que représentent le danger ou l'individu dangereux dans la période de la modernité ?

1.3 Construction sociale et historique du danger en psychiatrie

Le sens qui sous-tend le danger en psychiatrie et en criminologie est le produit d'un certain savoir qui, en fonction des époques et des cultures, est amené à se transformer. Gusdorf (1962) nous rappelle qu'un concept est véritablement « un événement épistémologique ; il est venu à son heure, et sans doute que son heure passera » (cité dans Grenier 1999 : 333). Dans la prochaine section, nous traiterons de l'évolution des représentations sociales de la dangerosité et de ce qui est appelé à être un « individu dangereux » dans l'histoire de la modernité. La démonstration historique et sociale de l'« individu dangereux » nous aidera à appuyer notre propos à savoir que les catégories de connaissance que l'on prend pour acquise aujourd'hui sont en fait les produits de l'histoire et des sociétés dans lesquels pratiques, institutions et représentations sociales sont issues. Or, précisons que ce n'est pas parce que nous allons présenter le concept de « dangerosité » comme une représentation historiquement et socialement constituée que nous nions la réalité de la violence que peuvent exercer certains individus psychiatisés ou criminalisés envers eux-mêmes ou envers autrui. La position que nous adoptons et qui va dans le même sens que l'analyse de Hacking (2008) sur sa thèse : la

construction sociale de quoi ? propose de comprendre la dangerosité non seulement comme une construction historique et sociale, mais aussi comme une réalité qui possède une incidence dans le réel, interférant, et interagissant avec les pratiques et les représentations des individus. En d'autres mots, c'est davantage l'histoire des interactions entre le « réel » et le construit, qui permet selon Hacking (2008), de mieux apprécier l'histoire d'un concept. En parlant d'un concept, il écrit que « c'est un mal réel, qui existait avant que l'on en élabore un concept. Il n'en est pas moins construit. On ne doit remettre en question ni sa réalité, ni sa construction » (cité dans Hacking 2008 : 110). Selon lui, il ne suffit pas uniquement de démontrer la construction sociale et historique d'un concept (ex. la dangerosité), mais de savoir comment il interagit avec le quotidien des gens, et comment il en modifie les pratiques et l'expérience à la fois, de ceux qui en sont la cible (les soignés) que de ceux qui l'utilisent dans le quotidien de leurs pratiques (les soignants).

La prochaine section nous permettra de voir la construction sociale de l'individu dangereux à travers l'histoire de la criminologie et de la psychiatrie légale. Nous verrons que les représentations sociales de la dangerosité et de ce qui est appelé à être « dangereux » ne sont pas figées dans le temps ; et évoluent non seulement en fonction du savoir psychiatrique et criminologique de l'époque, mais aussi, reflétant un temps et une époque particulière, telle que le début de la modernité. Comme la criminalité, la dangerosité et le sens qu'il lui ait donné par les individus se construisent en rapport à une société ou à une culture particulière. C'est donc sous le couvert de l'individu dangereux et de son évolution dans l'histoire de la psychiatrie légale, et de la criminologie que ce concept sera étudié dans le premier chapitre.

1.4 Évolution de l'individu dangereux dans l'histoire de la pénalité moderne et de la psychiatrie légale

1.4.1 Individus dangereux dans la pénalité moderne

Le concept de dangerosité serait apparu pour la première fois dans un Congrès de l'Union Internationale du Droit Pénal de 1890, à Saint-Petersbourg, au cours de débats et de discussions, sur l'introduction de mesures spéciales d'emprisonnement pour les individus jugés comme étant « dangereux » dans la pénalité moderne (Pratt 2001). Les moyens tels que l'emprisonnement indéfini étaient à l'époque, envisagés pour éliminer le tort particulier ou le « danger » que les multirécidivistes et criminels professionnels constituaient pour la société. Pratt (2001) dans son essai sur « Dangerosité, risque et technologies du pouvoir » montre une évolution des représentations de la dangerosité criminologique dans les législations du droit criminel anglais entre 1920 et 1970. Alors qu'initialement associé à des criminels professionnels principalement en raison de leur « persistance dans l'habitude délibérément acquise du crime », le concept de dangerosité en vient à inclure plus tard les individus à risque comme les « prédateurs sexuels » (Pratt 2001 : 103).

Un individu « dangereux » était, avant les années 1970, évalué en fonction du nombre de crimes commis et répété (Pratt 2001). La conception juridique classique de l'époque définissait l'état dangereux d'un individu en fonction de l'acte « dangereux », c'est-à-dire selon la gravité, la soudaineté, l'imprévisibilité, ou répétition de l'acte violent commis (Landry 2002). Autrement dit, plus un individu avait des antécédents criminels violents, plus la

sentence attribuée lui était sévère et plus il était considéré comme « dangereux » et à risque de récidive. Après 1970, l'évaluation du danger se raffine : l'expertise pénale s'intéresse davantage au genre de crime qu'un individu pourrait commettre dans le futur, qu'au nombre de crimes commis antérieurement : « On ne calcule plus la dangerosité (d'un individu) uniquement sur la base des infractions antérieures d'un individu, mais en fonction de la nécessité de protéger la population contre des criminels du genre » (Pratt 2001 : 108). Les pratiques d'enfermement à grande échelle sont pratiquées dans certains États comme une stratégie de réduction des risques de crimes, en se basant sur le « risque » que représente l'individu défini par les experts. La « new penology » lancée aux États-Unis par Malcolm Feeley et Jonathan Simon abandonne l'évaluation clinique de la récidive (Pratt 2001). Pour Feeley et Simon (1992), il s'agit de « substituer à la description morale ou clinique de la personne un langage actuariel de calculs probabilistes et de distributions statistiques appliquées aux groupes de populations » (cité dans Pratt 2001 : 114). Pour eux, les nouvelles stratégies pénologiques ne s'intéressent pas à savoir pourquoi les criminels ont commis leurs actes illicites, mais plutôt d'identifier la manière de gérer le plus efficacement possible le niveau de risque de récidive. Foucault (1981) montre bien ce glissement, par la justice pénale du XIXe siècle, qui agit davantage en fonction de ce que l'on est, c'est-à-dire en fonction du risque de dangerosité que l'on porte, plutôt que sur ce que l'on a fait, c'est-à-dire juger l'individu comme dangereux pour l'acte en lui-même :

« [...] mais en mettant de plus en plus en avant, non seulement le criminel comme sujet de l'acte, mais aussi l'individu dangereux comme virtualité d'actes est-ce qu'on ne donne pas à la société des droits sur l'individu à partir de ce qu'il est (...) par nature, selon sa constitution, selon ses traits caractériels ou ses variables

pathologiques » (Foucault 1981 : 421).

1.4.2 Individus dangereux dans la psychiatrie légale

Le concept d'individu dangereux en psychiatrie émerge avec la naissance de la psychiatrie criminelle selon Foucault (1981)². L'intrication de la psychiatrie avec le système pénal au XIXe, a permis, dans de nombreux pays, la création d'une nouvelle catégorie d'individu : celle des criminels aliénés dangereux, d'un nouveau lieu d'internement : les asiles à haute sécurité maximale et du concept de dangerosité psychiatrique permettant d'évaluer cliniquement la propension qu'ont les aliénés de commettre un acte violent dans le futur. Selon Foucault (1981) et Grenier (1999), l'imbrication de la psychiatrie criminelle dans le domaine pénale a contribué à entretenir l'idée que l'aliénation mentale est un important élément de danger³ : « à titre d'exemple dès 1868 en France, l'aliéniste français Jules Falret signalait que toutes les maladies mentales présentaient des phases au cours desquelles les aliénés pouvaient se livrer à des actes violents » (Grenier 1999 : 197).

La folie est devenue le motif d'explication non plus uniquement des désordres de conduites, mais du crime absolu « qui franchit les lois de la nature et de la société » et qui rend de ce fait, la criminalité du criminel aliéné encore plus redoutable. Imprévisible de nature, Foucault

² Selon Foucault (1981), deux types de nécessités expliquent l'intervention de la médecine mentale dans l'institution pénale à partir du XIXe siècle. La nécessité sociale d'avoir une médecine qui protège, qui traite et qui sécurise et la nécessité de réformer les institutions pénales et carcérales en des lieux permettant la transformation des comportements individuels; par exemple le fait d'adapter la peine du criminel en fonction de sa responsabilité ou irresponsabilité au moment du crime (Foucault 1981).

³ L'expertise de la psychiatrie criminelle sert à évaluer les motifs et les causes qui ont mené l'individu à exécuté son crime en posant la question de la rationalité qui sous-tend le crime (est-ce un crime dont les motifs sont raisonnables ou irraisonnables ?) pour orienter l'individu soit en prison ou dans les asiles : « De plus en plus de son côté la psychiatrie du XIXe aura tendance à rechercher les stigmates pathologiques qui peuvent marquer les individus dangereux : folie morale, folie instinctuelle, dégénérescence » (Foucault 1981 : 411).

(1975 : 293) souligne le poids que prend la folie dans l'appréciation de la dangerosité d'un criminel : « toute cause qui, comme détermination, ne peut que diminuer la responsabilité marque l'auteur de l'infraction d'une criminalité d'autant plus redoutable et qui demande des mesures pénitentiaires d'autant plus strictes ». Dès lors, ceux ayant commis des actes criminels sous l'emprise de la « folie » sont considérés comme les individus les plus dangereux dira Foucault (1981). Il dresse dès lors, une critique radicale de la psychiatrie criminelle et du concept de crime-folie : « ce que la psychiatrie du XIXe siècle a inventé, c'est cette entité absolument fictive d'un crime-folie, d'un crime qui est tout entier folie, d'une folie qui n'est rien d'autre que crime » (Foucault 1981 : 408). Il montre que la catégorie de l'« aliéné-criminel dangereux » est une construction sociale et que la folie historiquement n'a jamais été associée à la violence criminelle. Foucault (1981) rajoute que la distinction entre criminel responsable et criminel aliéné, n'avait jamais été établie avant le XIXe siècle, puisque la distinction entre les fous et les criminels était claire : les fous étaient envoyés dans les asiles tandis que les criminels eux allaient en prison. Même que la question de la folie était très rarement posée dans le droit pénal lorsqu'un crime fut commis : plus un crime était grave, moins il convenait de poser la question de la folie. Cellard (1991) va dans le même sens, en montrant qu'historiquement, au XIXe siècle, les fous n'étaient jamais internés pour cause de crimes commis, mais uniquement pour des délits mineurs, ou de petites violences pouvant nuire à leur propre sécurité ou à celle de leur entourage.

1.4.2.1 Folie, dangerosité et individu à risque au XIXe siècle

La folie devient vers la fin du XIXe siècle, le motif d'explication non seulement des

crimes-folies, mais aussi de toutes les conduites « dangereuses », indécentes, immorales et délinquantes : « la question psychiatrique n'est plus localisée à quelques grands crimes même si on doit lui donner une réponse négative, il convient de la poser à travers le domaine entier des infractions » (Foucault 1981 : 415). Les représentations de la folie associées au danger sont marquées par une époque, où les causes de la folie ne sont plus associées à une atteinte de la pensée ou de la conscience, mais à une attaque de l'affectivité, des instincts et des comportements automatiques, résultant d'une dégénérescence biologique : « la notion de dégénérescence permettait de lier à tout un péril pathologique pour la société et finalement l'espèce humaine tout entière, le moindre des criminels. Tout le champ des infractions pouvait se maintenir en termes de danger, et donc de protection à assurer » (Foucault 1981 : 417).

Très proche de la pensée historique et anthropologique de Michel Foucault, Robert Castel, est un sociologue qui pose une critique radicale du système psychiatrique moderne, tant au niveau des traitements qui sont offerts aux malades, que dans leur prise en charge par les intervenants. Il montre comment l'évaluation de la « dangerosité » et de l'individu « dangereux » en psychiatrie a influencé les pratiques de prises en charge de la « folie » : de l'asile à l'institution psychiatrique moderne, Robert Castel dresse un portrait exhaustif des stratégies de gestion et de maîtrise du risque et du rapport général des soignants à l'incertitude.

Castel décrit dans son essai « de la dangerosité au risque » que la conception du risque, durant la psychiatrie classique du XIXe siècle, était associée au danger qu'incarnaient tous les malades mentaux : « tous les aliénés, même ceux qui paraissent calmes, portent une menace, mais sa réalisation reste aléatoire. Inoffensifs aujourd'hui, ils peuvent devenir dangereux

demain »⁴ (Castel 1983 : 120). Qualifier quelqu'un de « malade mental » c'était à l'époque déjà supposer un risque, « mais un risque qui, paradoxalement, est censé résider “dans” un sujet, alors même que, souvent, il ne s'est pas encore manifesté dans les faits » dira Castel (1983 : 120). Même que la dangerosité est devenue un des attributs cliniques de la folie au point qu'en 1880 les jeunes médecins apprenaient à dire « il ne faut pas oublier que tout aliéné peut, à un moment donné, devenir dangereux pour lui-même ou les autres » (Langlois A.M cité par Beirnheim 2011 : 261). Dire du fou qu'il est à risque supposait dès lors dans cette logique, une qualité interne au sujet, c'est-à-dire un danger qui réside à l'intérieur de lui-même (Castel 1983). L'évaluation du risque de violence ou de la dangerosité était associée au danger que représentait l'individu. Cette évaluation, impliquait toujours une certaine forme d'incertitude : « même si l'on craint une récurrence, il existe toujours un coefficient d'incertitude entre le diagnostic de dangerosité et la réalité du passage à l'acte ». C'est cette incertitude qui mènera les aliénistes à prioriser les stratégies interventionnistes sur le doute, c'est-à-dire l'isolement obligatoire pour tous ces « fous » qui sont potentiellement à risque de violence. Les techniques préventives, tel que l'isolement obligatoire furent développées afin d'agir avant que l'individu ne développe la menace qu'il porte en société, comme le souligne le commentaire d'un aliéniste du XIXe siècle⁵ : « dans le doute mieux vaut agir puisque si erreur il y a à intervenir sans raison, on ne le saura sans doute jamais (il aurait toujours pu faire des bêtises) tandis que si l'on s'abstient et que le passage à l'acte se produit la faute est manifeste

⁴ Docteurs Constant, Lunier et Dumesnil, Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés, en 1874, Paris, 1878, p.67 cité par Castel (1983).

⁵ Commentaire d'un aliéniste du 19^e siècle à la lecture d'un passage à l'acte imprévisible et violent : « Si l'on n'attendait point, pour faire séquestrer un aliéné, qu'il eût commis quelque crime ou délit d'une certaine gravité, on n'aurait point à déplorer tous les jours de semblables accidents » (cité par Castel 1983 : 120).

et le psychiatre en est responsable » (cité dans Castel 1983 : 120). Or, ces stratégies de gestion du danger et du risque de l'époque (le grand renfermement du XVe siècle ou l'enfermement dans les asiles psychiatriques suite à la loi 1838) se sont avérées bien souvent inefficaces : car il est impossible d'enfermer tous les individus sous un simple soupçon de dangerosité (Castel 1983). Enfermer, c'est-à-dire neutraliser et si possible tous les individus supposés dangereux entraînaient d'énormes coûts pour l'État social, surtout que la dangerosité est devenue avec le temps une notion de plus en plus polyvalente « aux causes insondables et aux manifestations imprévisibles » (Castel 1983 : 120).

La définition de l'individu dangereux dans la psychiatrie légale du XIXe siècle semble s'être élargie, d'une définition qui ciblait les criminels aliénés ayant commis des crimes à tous les « fous », les délinquants et les immoraux qui sont représentés comme des individus à risque d'un comportement violent. L'individu dangereux en psychiatrie est devenu avec les années non seulement celui qui met en danger sa propre individualité ou celle d'autrui par un crime ou par un acte dangereux et violent, il est aussi devenu celui qui est à risque d'un passage à l'acte agressif et imprévisible dans le futur (Castel 1981). L'évolution de l'individu dangereux dans le temps, montre que le concept est loin d'être figé, et que la prise en charge de l'individu « dangereux » au XIXe siècle évolue en fonction des représentations sociales de l'époque.

1.4.2.2 Représentations actuelles de la dangerosité

À l'heure actuelle, les représentations de l'individu « dangereux » en psychiatrie sont plus nuancées que celle de l'époque (Senon et al. 2009). Certaines études vont souligner

l'absence de lien entre dangerosité, risque de violence et trouble mental alors que d'autres vont démontrer que l'individu avec troubles mentaux est davantage à risque de violence que les individus dans la population générale. Certaines études iront même jusqu'à dire qu'il existe un lien inévitable entre santé mentale et violence (Bourgeois & Benézech 2001; Eronen et al. 1996; Hodgkins et al. 1996; Monahan & Arnold, 1996).

Au-delà du savoir expert qui souligne les facteurs responsables du danger, il existe de nombreuses contradictions dans les récentes recherches à la fois sur le risque élevé de violence des individus hospitalisés, sur le lien étroit entre violence et santé mentale et sur la faible prévalence des actes violents dans la réalité. Ces différentes contradictions montrent l'ambiguïté qui perdure autour du concept de « dangerosité » : qu'est-ce qu'une personne dangereuse ? Qu'est-ce qu'une personne à risque ? Qu'est-ce que le danger ?

La prochaine section montre la manière par laquelle la modernité affecte les représentations du danger et les pratiques individuelles et collectives de gestion des risques. Nous verrons le glissement qui s'est opéré de la période moderne à aujourd'hui dans les représentations sociales et les pratiques de gestions du risque : d'une conception du risque lié à « l'aléa et à l'accident » qu'il faut éliminer à celle d'une probabilité subjective, à une mesure du danger « réel » (Ewald 2000, Douglas 1990, 2002 ; Peretti-Watel 2001).

1.5 Danger, risque et modernité

1.5.1 Représentations et pratiques de gestion du risque dans la modernité : de l'élimination du danger à la gestion des risques

Pour Christian Debuyst (1981), l'évaluation de la dangerosité prend son essor durant la période de la modernité, période dans laquelle la protection de la population devient une notion clé dans l'agenda politique et dans les volontés socio-politiques de l'époque. Il souligne que « la notion de dangerosité trouve son origine dans une volonté politique qui s'est clairement affirmée : celle de gérer une population d'individus posant problème en vue de la discipliner et d'exercer sur elle un contrôle tantôt pour s'en protéger, tantôt pour la faire entrer dans l'économie du pays, tantôt pour l'utiliser comme moyen de réorienter l'agressivité du groupe social. En ce sens, cette notion participe plus aux pratiques disciplinaires et aux questions de gestions politiques qu'à un effort d'élaboration scientifique» (cité dans Senon 2009 : 720).

Les différentes pratiques d'élimination du risque que sont notamment l'enfermement du XIXe siècle dans les asiles psychiatriques de tous les « fous » à risque, et l'enfermement indéfini des « criminels dangereux » sont liées à une représentation du risque associée au danger, à une contrainte « face à laquelle les hommes inventent des institutions pour le combattre, le réduire, ou le limiter. Le risque a la forme de l'adversité, il est proche du malheur, il est plus dévalorisé que valorisé, il est rarement revendiqué » (Ewald 2000 : 4). Ainsi Ewald (2000) montre le lien étroit entre les représentations sociales du risque associées au danger et les pratiques de gestions du risque associées au contrôle et à la maîtrise de l'incertitude. Même qu'étymologiquement le risque était associé au danger : le risque viendrait de l'italien *risco* ou de l'espagnol *riesgo*, pour désigner « ce qui coupe », d'abord utilisé par les navigateurs du XIVe siècle pour qualifier l'écueil qui menace les navires, « puis plus généralement tout

danger encouru par les marchandises en mer » (Perreti-Watel 2001 : 6-7). Cependant, Peretti-Watel (2001) rajoute que le risque n'est pas qu'un nouveau terme pour signifier le danger, il représente aussi une nouvelle manière de se conceptualiser le danger : le danger survient désormais par « accident » et de manière imprévisible, ne possédant ni cause, ni fautif et ni responsable (Perreti-Watel 2001). En effet, la notion « d'accident » devient centrale dans la définition du risque et du danger dès le début du XIXe siècle, et ce, contrairement aux sociétés magico-religieuses qui concevaient toute adversité comme étant intégrée à une perspective religieuse⁶ (Ewald 2000; Douglas 2002; Le Breton 1995).

La conscience collective qu'ont les individus de leur incapacité à maîtriser et à prévenir les risques sociaux et les menaces qui pèsent sur leur vie (travail, santé, environnement, crimes) est devenue le symptôme d'un sentiment d'insécurité généralisé que Castel (2003) décrit comme le sentiment de ne pas se sentir protégée des péripéties futures qui risquent de dégrader le statut social des individus. Ce sentiment d'incertitude et d'insécurité est lié à une conception du danger pouvant être partout et nulle part à la fois puisqu'il est essentiellement imprévisible (Perreti-Watel 2001) : « vivre mortel, depuis la plus petite imprudence jusqu'au risque nucléaire, en passant par la menace de l'agression, l'insécurité atteint un tel degré d'intensité et de généralité que par une étrange régression, les hommes des sociétés les plus avancées, libérés de besoins ont maintenant à défendre la vie en tant que telle contre tout ce qui peut la menacer » (Ewald 1986 : 173).

⁶ Dans les représentations de l'époque, le divin était responsable des catastrophes qui survenaient au sein même de la communauté : « *Toute adversité est intégrée à une perspective religieuse, assignée comme manifestation d'une Providence échappant à l'entendement des hommes, mais poursuivant une obscure raison dont Dieu seul peut s'en rendre compte* » (Le Breton 1995 : 27).

Pour vaincre l'incertitude, le hasard, et l'aléa, le risque fut avec les premières primes d'assurances maritimes du XIV^e siècle, pensé davantage comme un outil de réduction de l'incertitude, comme un outil ayant pour volonté d'entreprendre tout en maîtrisant et en contrôlant les coups du sort qu'associé au danger imminent (Peretti-Watel 2001 : 6-7). Le risque fut d'emblée associé aux premières assurances maritimes du XV^e siècle qui prirent leur essor à Gênes en Italie : « les armateurs comptent sur les assurances pour surmonter les périls maritimes en les socialisant : ils ne les éviteront pas, mais la modeste prime d'assurance versée par chacun sauvera du désastre ceux qui en seront victimes » (Peretti-Watel 2001 : 6-7). La prise en charge collective des risques sociaux par l'assurance et la sécurité sociale, transforme dès lors la conception du risque comme une menace à éliminer à un danger pouvant être « positivé » et réparer : « le risque est moins pensé comme une contrainte que comme une ressource [...] » (Ewald & Kessler 2000 : 59). L'assurance sociale, la sécurité sociale s'inscrivent à travers une conception du risque qui se base sur un système de gains et de pertes, permettant de réparer les dommages occasionnés en indemnisant les individus touchés (Ewald & Kessler 2000; Douglas 2002 ; Le Breton 1994). De plus, le discours sur le risque est à cette époque associé aux valeurs modernes d'émancipation (Douglas 2002 ; Le Breton 1994). Dès lors, le calcul du risque permet à la fois de prédire la probabilité d'occurrence du danger, permet de le réparer par l'indemnisation, mais est aussi pensé comme une valeur émancipatrice, dans les décisions à risque et la prise de risque dans autant de domaines de la vie quotidienne (Le Breton 1994).

1.5.2 Nouvel espace du risque dans la modernité avancée

Selon Beck (2001), nous assistons, à partir de la seconde partie de la modernité, à une transformation radicale de la notion de risque à double égard : l'augmentation des risques par la technique et l'augmentation des dangers pouvant être soumis à une évaluation rationnelle et objective. Dans la « société du risque » tel que défini par Beck (2001), le risque ne représente plus l'accident, le jeu, la probabilité, la chance, ou la malchance, mais devient la mesure « objective » du danger : « le risque ne représente plus l'accident, l'aléa, la chance, la malchance, mais une certaine manière de les faire exister à travers quoi ils trouvent désormais objectivité et valeur » (Ewald 2000 : 64). Le risque se décrit, dans cette conception objectiviste, comme une réalité ontologique existant dans la nature, pouvant être identifié et mesuré scientifiquement (Lupton 1999, cité dans Bérard et al. 2012 : 5). Plusieurs auteurs (Castel 1981, 1983, Giddens 1990, Duclos 1987, 1990, 1996, Douglas 2002; Zinn 2008⁷) adoptent une position critique quant à la conception du risque actuel qui renvoie uniquement à la mesure du danger : « Now risk refers only to negative outcomes [...] Risk is unequivocally used to mean danger from future damage, caused by opponent » (Douglas 1990 : 7) ; et qui sous-tend un discours et une rationalité « objective » transformant tout événement en risque, tel que le souligne Ewald (2000 : 64) :

« pas de risque sans une certaine forme de calcul, d'analyse, d'expertise [...]. Le risque dès qu'il est objectivé quelque part, est doué d'une tendance à proliférer partout. Il obéit à la loi du tout ou rien. Dès lors qu'une population, un domaine sont identifiés comme risques, tout en leur sein tend à le devenir : le risque a une sorte d'allusion d'existence insidieuse, éventuelle, qui le rend à la fois présent et absent,

⁷ Zinn (2008 : 5) un théoricien du risque va dans le même sens et affirme le lien entre le risque et le danger à l'époque actuelle : « risks are primarily understood as real events or dangers which can be approached objectively without being confounded by subjective and social factors ».

douteux et suspect ».

Ainsi, la conception objectiviste du risque, comme une mesure quantitative du danger, permet non seulement une identification plus objective et normative des situations à risque, mais s'utilise comme un argument de poids dans les rapports de forces politiques et dans la légitimation des politiques préventives et de renforcement de la sécurité (Duclos 1996). Ainsi, selon Castel (1983) et Massé (2007) l'identification de certains facteurs de risques : les habitudes de vie, le travail, la famille, le quartier, l'hérédité, etc. ne sert pas uniquement à mettre en garde la population des effets pervers de certaines habitudes ou facteurs de risque, mais permet de justifier des interventions précoces : « la visée première des politiques préventives du XXe siècle n'est pas d'affronter une situation concrète dangereuse, mais d'anticiper toutes les figures possibles d'irruption du danger » (Castel 1983 : 123). Il n'est plus question d'éliminer les risques ou le danger comme autrefois par l'enfermement par exemple, mais bien de les prévenir par des politiques de prévention de la violence (Duclos 1996 ; Sechter 2012). C'est donc davantage en fonction du risque identifié, qu'en fonction d'un dommage à réparer que l'action devient motivée. Beck (2001), cité dans Bérard et al. (2012 : 10) souligne à cet effet :

« En réalité indique-t-il, les risques ne se résument pas aux conséquences et aux dommages déjà survenus. En ce sens, les risques désignent un futur qu'il s'agit d'empêcher d'advenir. Dans la société du risque, le passé perd sa fonction déterminante pour le présent. C'est l'avenir qui vient s'y substituer, et c'est alors quelque chose d'inexistant, de construit, de fictif qui devient la 'cause de l'expérience et de l'action présente»

Selon Beauchamp et Tardif (1998), le calcul du risque a pour idéal d'établir un ordre rationnel

dans un monde incertain. Le calcul des probabilités et la promotion des mesures prédictives ont pour but la réduction de l'incertitude et permettent de mieux cerner voire de pondérer les dangers pour en établir le risque d'occurrence. Ian Hacking (1990) parle de domestication du hasard pour décrire la tendance des sociétés actuelles à prendre en charge le risque, par des programmes de réduction des risques visant la tolérance zéro, une tendance qui se met en place aux États-Unis en 1960, au Royaume-Uni en 1980 et qui se développe dans notre propre pays, le Canada, et dans le reste de l'Europe autour des années 2005. Castel (1983 : 123) souligne que « les idéologies modernes de la prévention sont surplombées par une grande rêverie technocratique, rationalisatrice, du contrôle absolu de l'accident conçu comme irruption de l'imprévu : au nom du mythe de l'éradication absolue du risque, elles construisent elles-mêmes une foule de risque nouveau qui sont autant de cibles pour les interventions préventives». P. O' Malley (2008) en Australie, souligne quant à lui, la place prépondérante des politiques de gestions du risque :

« [...] Les paramètres du risque font les régimes de sécurité qui essayent de transformer chacun de nous en un praticien de la prévention du crime et dans certains cas de transformer nos maisons et même nos communautés en forteresses à haute technologie [...]L'emprisonnement à grande échelle est pratiqué dans certains États comme une manière de réduire les risques de crimes, cette stratégie étant complétée par l'application de tableaux déterminant la durée des peines sur le fondement du risque, ce qui se substitue à la prise de décision judiciaire » (Cité dans Senon 2009 : 722).

1.5.3 Réflexivité et modernité

Pour Giddens (1994) et Massé (2007, 2009) une nouvelle réflexivité prend forme à travers les nouvelles pratiques quotidiennes de gestion du risque des individus et à partir d'une

conscience sociale et individuelle qui remet en question la capacité de la science à tout maîtriser et à tout prédire. La modernité avancée a permis cette réflexivité et cette prise de conscience par les individus, en permettant une révision constante de la production du savoir expert et une appropriation de ces savoirs par les profanes pour en construire des justifications qui rendent compte de leurs pratiques (Massé 2009). Pour Massé, cette réflexivité est un facteur d'empowerment, qui renforce la capacité d'action des individus et des collectivités qui opèrent et agissent de manière consciente. Le risque une fois pris en charge par les citoyens, devient un facteur de mobilisation communautaire, mobilisation qui peut prendre la forme d'une épidémiologie populaire que Brown (1992) cité dans Massé (2007) définit comme « un processus par lequel des non-experts recueillent des données et autres informations scientifiques et aussi orientent et canalisent les savoirs et les ressources des experts dans le but de comprendre l'épidémiologie du risque » (cité dans Massé 2007 : 23). Castel (1983) tente de démontrer le contraire, en montrant que la manière de conceptualiser le risque comme une mesure objective du danger influencera inévitablement l'évaluation, mais aussi la prise en charge des malades par les acteurs concernés. Nous tenterons de montrer que le quotidien de la pratique n'est pas aussi fragmenté que ce dont propose Castel (1983), que l'appréciation de la dangerosité est teintée à la fois du discours « objectif » sur le risque que de la subjectivité des acteurs⁸— des subjectivités qui s'inscrivent et se développent à l'intérieur d'une culture, d'une société et d'une institution dans lesquels évoluent ces individus (Ricoeur 2001 ; Ortner 2005).

⁸ Nous retenons la définition de Hacking (2004) pour une définition de la subjectivité qui n'est pas uniquement personnelle mais aussi sociale : « *La conscience peut être personnelle, mais il s'agit plus généralement d'une conscience partagée et développée à l'intérieur d'un groupe de personnes, incorporée dans des pratiques et des institutions auxquelles elles sont assignées en vertu de la manière dont elles sont classifiées.* » (Hacking 2004 : 146).

Autrement dit, à l'inverse de la pensée de Castel (1983), nous pensons qu'il n'existe pas d'évaluation qui soit dénuée de subjectivité; l'évaluation des risques est à la fois teintée du savoir objectif et scientifique que du savoir implicite et subjectif des individus. Selon Massé (2007), le savoir expert n'est pas qu'identification de signes et construction technique du risque, il permet aussi la construction de récits populaires relatifs aux risques qui ont leur propre épistémè, réinterprétés et reconstruits par la population dans un contexte social et historique donné.

En conclusion, les oeuvres de Michel Foucault et de Robert Castel auront permis de retracer l'évolution sociale et historique du concept de dangerosité psychiatrique et de l'individu dangereux en psychiatrie. La manière de définir socialement le danger et le risque possède une influence non seulement sur les différentes pratiques de gestions du risque mais nous informe aussi sur le rapport plus général qu'ont les individus à l'égard de l'incertitude et du doute. La société du risque telle que définie par Beck (2001) nous montre la tangente qu'aura prise la notion de risque, pour signifier plus précisément le danger imminent. Cette nouvelle conception du risque propre à la modernité nous montre plus largement que tout évènement à risque est en soi dangereux. Ainsi les pratiques de gestion du risque s'attardent davantage à anticiper les situations à risque qu'à réparer les dommages, ou à prendre en charge les dangers. Cette conception du risque s'associe de très près à la manière de définir la dangerosité en psychiatrie : non seulement l'individu dangereux en psychiatrie peut être dangereux à l'égard de sa propre individualité ou celle d'autrui, mais il est aussi celui qui à risque d'un passage à l'acte dans le futur. Les pratiques actuarielles de gestions du risque qui tentent de maîtriser et

de contrôler le risque à tout prix avant qu'il ne s'actualise en « danger » se voit remise en question par les individus, dans autant de domaines de la vie quotidienne, incluant celui psychiatrique. De nouvelles pratiques de gestions du risque sont dès lors le reflet d'une plus grande réflexivité chez les individus, qui s'organisent autour d'une réappropriation du savoir expert tout en mobilisant leur propre discours social sur le risque. Le prochain chapitre portera sur les savoirs implicites et profanes et sur les différents facteurs qui influencent la construction d'un discours social sur le risque.

Chapitre 2

Savoirs sur le risque

Ce chapitre s'intéresse autant aux savoirs populaires reliés à la notion de risque, qu'aux différentes perceptions et stratégies de gestions des risques « profanes », et aux différents facteurs qui les construisent. Dans le cas de notre présent mémoire qui porte sur les représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants en psychiatrie, nous allons explorer le sens sous-jacent aux termes « individus dangereux », « danger » et « risque » et explorer le sens qui sous-tend la variabilité dans les différentes pratiques de gestion du risque. Pour ce faire, nous nous intéresserons aux savoirs « implicites » et « profanes » des intervenants, autrement dit à la manière dont se construit et se négocie leur discours social et anthropologique sur le danger et le risque en psychiatrie. Nous verrons dans ce présent chapitre la problématique liée à la dichotomie qui existe entre le savoir expert et le savoir « profane » d'une part dans un contexte psychiatrique de réduction des mesures de contrôle, et d'autre part dans la construction social d'un discours sur le risque.

2.1 Entre savoirs experts et savoirs profanes : l'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie

À l'intérieur du contexte psychiatrique québécois, l'utilisation de la chambre d'isolement avec ou sans les contentions mécaniques ou l'usage de la médication psychotrope sont des mesures de contrôle qui, au sens de la loi, vise à contrôler les comportements

agressifs et violents de personnes représentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (Protecteur du citoyen 2011 ; MSSS 2012 ; Rice et al. 1989). Malgré l'encadrement de ces mesures par des lois, des orientations ministérielles, des protocoles et des outils cliniques servant de guide éthique aux prises de décisions cliniques, ces interventions psychiatriques, notamment l'utilisation de la chambre d'isolement avec ou sans contentions, demeurent très controversée sur les plans à la fois thérapeutiques que légaux (Larue & Beirheim 2009). Le contexte législatif et clinique prévoit que l'utilisation de ces mesures par les infirmières doit se restreindre à des cas d'exception, c'est-à-dire uniquement lorsqu'une personne présente un danger ou un risque imminent pour elle-même ou pour autrui⁹. Or, des écarts importants ont été observés dans le rapport du protecteur du citoyen (2011) entre les dispositions de la Loi PP-0038¹⁰ permettant de contraindre la liberté d'un patient en cas de danger ou de risque imminent et la manière dont elles sont mises en œuvre dans la pratique clinique. Selon ce rapport, la difficulté d'appliquer la loi PP-038 semble être reliée à une appréciation divergente de la notion de dangerosité et de risque qui ne fait pas toujours consensus entre les intervenants. Ce constat a également été identifié dans une unité d'un hôpital psychiatrique du Québec, lors d'une étude sur les interventions infirmières (Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010)¹¹. Le rapport du protecteur du citoyen constate que l'utilisation du vocable « dangerosité » chez les intervenants ne recouvre pas les mêmes représentations et que « le

⁹ Le Ministère de la santé et des services sociaux (2011) souligne que : « les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent ».

¹⁰ Loi pour la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

¹¹ Les résultats de cette étude montrent que les motifs invoqués d'isolement-contentions ne sont pas toujours clairs, que l'évaluation du risque de comportements violents est variable et que la compréhension du sens à donner à l'agitation ou au comportement agressif ne fait pas toujours consensus entre tous les intervenants.

risque acceptable d'agressivité » pour les uns ne correspond pas nécessairement à celui des autres.

Or, afin de soutenir empiriquement le jugement clinique, de réduire les agressions, et de systématiser les différentes interprétations sur la dangerosité individuelle ; la recherche clinique s'est davantage concentrée sur la promotion d'outils actuariels, notamment par des échelles de détection précoce du comportement agressif tels que le HCR-20 et la DASA (Cocozza 1975; Monahan 1997, Sjoberg 2000; Tversky & Kahneman 1981) qu'à la recherche du sens qui sous-tendrait la variabilité des représentations sur le danger et le risque chez les intervenants. Malgré l'expertise qui entoure actuellement la recherche des facteurs de risque du comportement agressif, où le risque est représenté comme une réalité quantifiable et objectivable, plusieurs auteurs en sciences sociales ont souligné l'importance d'explorer les connaissances dites « profanes », c'est-à-dire de s'intéresser aux différentes perceptions du risque des individus, à leurs stratégies de gestion du risque, et de saisir le sens social qui sous-tendrait la variabilité de ces différences (Massé 2007 ; Duclos 1987 ; 1996, Douglas 1990 ; 2002). Massé (1998) souligne : « Une analyse des contributions des sciences sociales à l'analyse du risque laisse toutefois penser que nous sommes moins face à un réel effort de compréhension du sens et de la place du risque dans la vie quotidienne des citoyens qu'à un souci de raffinement des théories sociales qui utilisent le risque comme objet réifié de recherche » (Massé 1998 : 13).

2.2 Savoir implicite sur le risque

2.2.1 Valeurs et risque

Le rapport qu'ont les individus à l'égard du danger et du risque est avant tout un rapport aux valeurs et à l'affectivité diront Perreti-Watel (2001) et Ewald (2000). Le risque ne fait pas simplement référence à une mesure du danger, mais il renvoie plus largement à un mode de traitement spécifique des individus à l'incertitude et au doute et à des valeurs communes sur ce qui est défini comme étant « dangereux ». Si le risque représente un type de rationalité qui permet de se protéger de certains dangers, il ne résume pas uniquement à la connaissance de sa probabilité d'occurrence, mais se définit aussi en fonction de la gravité des dommages occasionnés,¹² et en fonction de la valeur qui est donnée au « danger » : « a risk is not only the probability of an event but also the probable magnitude of its outcome, and every thing depends on the value that it's set on the outcome. The evaluation is politica, aesthetic and moral matter » (Douglas 2002 : 41). En effet, Douglas (2002) souligne qu'un risque, pour se définir comme tel, doit faire l'objet d'un consensus social et d'une reconnaissance sociale; il est à la fois une évaluation politique, sociale, et morale (Douglas 2002).

Ainsi, les savoirs qu'ont les individus sur le risque intègrent non seulement des connaissances objectives sur la probabilité qu'un danger ne survienne, mais aussi subjectives qui varient en fonction de la valeur et du sens qui est donné au concept même de danger par un groupe social particulier.

¹² Le Bureau international du travail (2003) définit le risque comme « la probabilité qu'un événement dangereux se produise, associée à la gravité des lésions ou des atteintes à la santé que cause un tel événement » (Beaupré 2011 : 76).

2.2.2 Construction sociale du risque

Nous partons du postulat que la manière de percevoir et de gérer le danger et le risque par les individus résulte davantage d'une construction sociale et historique qui varie selon les groupes sociaux, les sociétés et les cultures, qu'un fait homogène et universel identique chez tous. (Massé 2009). Douglas (1990) souligne à cet effet : « La définition du risque témoigne d'une construction symbolique de l'altérité au sein d'une société, selon une dialectique entre ordre et déviance ». La notion de risque est loin d'être une notion consensuelle qui se voudrait figée à travers le temps et les époques, elle est plutôt une notion fuyante, mouvante qui résulte davantage d'une construction sociale et historique que d'une entité figée dans la nature ou d'une vérité ontologique (Douglas 1982, 1990, 2002; Bérard et al. 2012). En effet, la définition sociale du risque change non seulement en fonction des époques, mais aussi, parfois, à l'intérieur d'une même époque, et selon les personnes et les groupes qui la mobilisent (Bérard et al. 2012). Massé (2009) insiste sur l'apport de l'anthropologie dans la construction d'une microéthique du risque visant à comprendre la manière dont les individus négocient quotidiennement avec le savoir expert et comment ils produisent eux-mêmes leur propre épidémiologie populaire du risque : « Au-delà des constructions statistiques techniques, les populations en élaborent de multiples constructions dans autant de contextes socio-culturels et historiques, constructions socio-culturelles qui sont objets de recherche en sciences sociales » (Massé 2009 : 60). Massé (2007, 2009) a montré que les savoirs populaires reliés au risque reposent sur un agencement complexe et dynamique de perceptions, de croyances, d'attitudes, de valeurs, et de représentations sociales qui se construisent au-delà des constructions statistiques techniques : « les populations en élaborent de multiples

constructions dans autant de contextes socioculturels et historiques, constructions socioculturelles qui sont objets de recherche en sciences sociales » (Massé 2009 : 60). La perception du risque apparaît dès lors comme une activité bien plus complexe qui relève davantage d'une construction sociale et historique, que d'une simple démarche d'évaluation quantitative excluant de son analyse le contexte social dans lequel les individus perçoivent, interprètent et gèrent le risque.

2.2.3 Savoirs experts et savoirs profanes sur le risque

La recherche sur les savoirs populaires associés à la notion de risque met en évidence l'existence de perceptions contrastées, parfois contradictoires, tant entre le savoir profane et le savoir expert qu'à l'intérieur du savoir populaire (Burton-Jeangros 2004; Douglas & Wildavsky 1982 ; Duclos 1987, 2003 ; Massé 2007, 2009 ; Lipworth et al. 2010 ; Peretti-Watel 2001). Ces divergences entre les risques perçus par les profanes et les résultats scientifiques sont souvent présentées par les chercheurs comme le résultat d'un manque d'information des profanes considérés comme des « non-experts » ayant tendance à surestimer les risques, à être trop intolérants, ou méfiants à l'égard de la science (Tversky & Kahneman 1974, 1981; Coccoza 1975). La diversité des représentations profanes sur le risque est le résultat de ce que ces psycho-sociologues du risque appellent les heuristiques ou la « rationalité limitée »¹³. Or, selon Duclos (1996) la diversité de représentations ne signifie pas « irrationalité »,

¹³ « La notion d'heuristique (en tant que substantif) est utilisée dans le sens d'une méthode simple que les individus emploient pour faire face à des situations analogues et qui comprend des présupposés non vérifiés sur leurs aspects incertains (par exemple : ne pas toucher aux plots d'une prise électrique branchée). L'heuristique se distingue ici de l'algorithme (« suite de raisonnements ou d'opérations qui fournit la solution de certains problèmes »), selon le Petit Larousse) par un degré inférieur de formalisation et de pertinence de la méthode par rapport au but poursuivi. » (Duclos 1987 :17)

contrairement à ce que suggère la théorie sur le risque (le « risk assessment ») elle renvoie plutôt à des rationalités sociales, culturelles et cognitives diverses. Il souligne que « s'il y a divergence ce n'est pas tant le manque d'information des profanes qui en est la cause, car le degré « réel » du risque n'est rien moins que discutable, même que le savoir expert, est sujet aux mêmes biais dans leur perception du risque que les profanes » (Duclos 1996 : 24). Ledoux (2008) rajoute que le savoir expert comme champ de la connaissance théorique est au même titre que le savoir « profane » une construction historique et sociale qui découle d'un pré-savoir, d'une intuition relative à une époque et à un temps particulier. La recherche sur les savoirs populaires, implicites, ou sur les conceptions populaires du risque par les profanes montre qu'ils constituent tout autant que le savoir expert, un ensemble de représentations et de savoir-faire dont la logique interne doit être élucidée : « Les savoirs populaires constituent un ensemble de représentations et de nœuds sémantiques différents du savoir officiel, mais qui doivent être élucidés, car ce sont ces systèmes de signification qui déterminent en grande partie la modélisation des risques perçus par la population » (Larue & Grondin 1988 : 99).

Ce constat émerge suite à une prise de conscience réflexive quant à l'impossible maîtrise du danger et du risque zéro par la science (Giddens 1990). Burton-Jeangros (2004 : 21) montre à cet effet : « Des catastrophes ont émergé là où elles auraient dû être adéquatement anticipées. À l'inverse, des situations a priori dangereuses n'ont pas abouti à des dommages pourtant attendus ». Par ailleurs, plusieurs auteurs en sciences sociales ont remis en cause le modèle théorique de la gestion collective des risques, notamment en santé publique, en soulignant l'absence de corrélation entre les attitudes et les comportements observés au sein de la population et ceux attendus par les experts (Burton-Jeangros 2004 ; Le Breton 1995 ; Duclos

1996) : « Ceci veut dire que le fait d'être informé ne suffit pas nécessairement à faire adopter des pratiques considérées comme plus favorables à la santé » (Kirscht 1983 ; Ingham et al. 1992 cité dans Burton-Jeangros 2004. En effet, de nombreux décalages entre les conceptions élaborées par différents groupes et les risques objectifs ont été démontrés dans de nombreuses études qualitatives associées à la notion de risque (Burton-Jeangros 2004 ; Massé 2009 ; Duclos 1987 ; Douglas 2002). À cet effet, Burton-Jeangros (2004) a mis en évidence que les stratégies profanes de gestion des risques à la santé des familles en Suisse romande ne concordent pas avec les pratiques recommandées par les experts sur les comportements à risques à éviter. En effet, les mères de famille rapportent qu'il leur arrive d'accepter de prendre consciemment certains risques dans certains domaines de la vie quotidienne, tels que le fait de fumer ou de pratiquer une sexualité à risque. Cette étude va dans le sens inverse des conclusions que tirent Slovic et al. (1982) sur le lien entre perception et pratiques de gestion du risque. Ces psychologues du risque soulignent que la perception et les pratiques de gestions de risque des individus sont en relation inverse avec les bénéfices attendus : une activité risquée est perçue comme moins nocive par les individus si les bénéfices attendus sont élevés. Or, Burton-Jeangros (2004) montre l'existence de multiples rationalités qui interviennent dans les décisions individuelles de prendre des risques qui ne sont pas uniquement associées à une logique utilitariste bénéfices/pertes, mais qui peuvent aussi suivre des logiques de contestation, de conformité sociale ou de pragmatisme, comme le souligne Massé dans son étude sur la perception du risque associée au virus H1N1 (2009 : 14) : « la réflexivité [du savoir populaire] compose alors avec le pragmatisme au coeur d'une rationalité des savoirs populaires qui articule des logiques en apparence contradictoires (logique de conformité

sociale, logique utilitariste, logique pragmatique, logique de contestation) ».

L'émergence d'un questionnement sur l'acceptabilité sociale des risques ou sur les savoirs « profanes » permet dès lors d'accorder une légitimité nouvelle à d'autres modèles d'appréhension du réel que le savoir expert (Douglas et Wildavsky, 1982). Ceci est d'autant plus important puisque la « réalité » tel que définie par la science, est une réalité aussi « réelle » que les perceptions que construisent les profanes pour justifier leurs pratiques (Duclos 1996).

2.3 Fonction anthropologique et politique du discours social sur le risque

Le sens qu'une société donne au risque et au danger a pour fonction sociale et politique de protéger « symboliquement »¹⁴ les relations entre les individus, de créer un environnement cohérent entre les individus et de produire un savoir normatif sur ce qu'il convient de faire pour éviter le danger, et sur ce qui est considéré comme étant « dangereux » (Douglas 2002 ; Duclos 1987 1996 ; Goffman 1967 ¹⁵). Douglas (1982, 1990, 2002) montre que les sociétés traditionnelles ou magico-religieuses possèdent des régularités avec celles dites « contemporaines » en ce qui concerne la production d'un savoir culturel ou local sur les comportements « dangereux » ou « à risque ». Ce savoir consensuel permet non seulement l'identification du « danger », mais permet à l'État ou aux institutions particulières de mettre

¹⁴ Duclos(1987) parle de protection symbolique en référence au sens que donne les individus d'un groupe social particulier au risque et au danger. En distinguant et en normalisant le statut du risque et du non-risque, le discours social et normatif du risque permet aux individus de créer un environnement cohérent entre eux.

¹⁵ Goffmann (1967 : 238) parle du concept de « practical gambles » en référence au sens qu'un groupe d'individu donne au risque et au danger en fonction de leur propre logique sociale ou « officieuse ».

en place des dispositifs de protection et de surveillance pour les éviter : « danger is defined to protect the public good and the incidence of blame is a by-product of arrangements for persuading fellow members to contribute to it »¹⁶ (Douglas 2002 : 6).

Même si les causes du danger sont différentes d'une société magico-religieuse à celle du risque, la définition et le sens qu'une société donne au danger et au risque demeurent essentiellement politiques¹⁷. Déterminer un risque où un comportement à risque implique en ce sens, une certaine conception normative de ce qu'il convient de faire ou pas. L'enjeu scientifique selon Douglas (2003) est de comprendre comment les dangers, dont il ne s'agit pas de nier la réalité, sont « politisés » socialement. En effet, le fait de nommer et de définir socialement ce qui est à « risque » permet non seulement de légitimer les différentes politiques ou pratiques sociales, mais a pour but universel, la sécurisation de l'individu dans son rapport au monde. À cet effet, Douglas (2002 : 26) souligne :

« Risk, danger and sin are used around the world to legitimate policy or to discredit it, to protect individuals from predatory institutions or to protect individuals from predatory institutions [...] the model of how the world works is in continuous production and sins work forward just as well as risks ».

Selon l'approche culturaliste de Douglas (2002), c'est davantage le sens social qui est donné au danger et au risque qui orientera les différentes stratégies de gestion du risque des profanes.

¹⁶ Douglas (2002 : 27) rajoute au sujet du consensus : « as a community reaches for cultural homogeneity, it begins to sign post the major moments of choice with dangers. The signs say that certain kinds of behavior are very dangerous. That means that the community has some (probably temporary and fragile) consensus in condemning the behavior ».

¹⁷ Le discours judéo-chrétien sur le risque possède la même fonction sociale que le discours sur le risque "moderne" dira Douglas (2002) qui est celui de maintenir une cohésion et un lien social entre les individus d'une communauté particulière.

Le Breton (1995) rajoute que l'une des fonctions anthropologiques de toutes sociétés consiste à la protection de ses membres et à la sécurisation du rapport au monde : « Les mesures sociales et culturelles pour endiguer les menaces de tout ordre susceptible de briser la vie collective ou d'attenter aux existences individuelles sont les aménagements nécessaires d'une relation au risque, à la précarité, inhérente à la condition humaine. À travers l'espace et le temps, les communautés humaines dressent des formes sociales et culturelles de conjuration des périls, elles repoussent rituellement la peur avec des incantations, des prières, des cérémonies collectives, des techniques, des modes d'organisation qui confortent le lien social et contiennent l'adversité » (Delumeau 1989 cité dans Le Breton 1995 : 11). Le risque tout comme le discours sur le danger apparaît alors comme une donnée anthropologique traversant tous les registres de la condition humaine : de la responsabilité envers les autres à la préservation physique et morale de soi (Le Breton 1995).

2.4 **Facteurs qui influencent la perception du risque :**

Les études anthropologiques et sociologiques que nous avons retenues quant à la perception du risque, sont toutes issues du domaine de la santé publique, notamment la perception du risque associée au virus H1N1 et au VIH/SIDA. Puisque très peu d'études font mention des facteurs qui influencent la perception du risque d'agression en santé mentale, nous nous sommes appuyés sur les études en santé publique pour mieux comprendre la manière dont les individus conçoivent et négocient avec le risque d'être gravement malade.

2.4.1 Sentiment de vulnérabilité personnelle et degré d'exposition au risque

Différentes études en sciences sociales et en psychologie rapportent que les différentes perceptions du risque sont associées au sentiment de vulnérabilité et d'insécurité personnelle que peut vivre un individu (Burton-Jeangros 2004 ; Massé 2009 ; Paicheler 1997). Une étude de Low et Ross (1995) montre comment le sentiment d'invulnérabilité personnelle influence positivement ou négativement les différentes perceptions et pratiques de gestion du risque associées au VIH : « Si je ne l'ai pas encore attrapé (le VIH), ce que je fais doit être sûr » (citation d'un entretien, Lowy et Ross, 1995 : 475 cité par Burton-Jeangros 2004).

Pour Massé (2009), les diverses perceptions du risque associées au virus H1N1 sont associées au degré d'exposition au risque des individus : les personnes en contact fréquent avec plusieurs personnes dans le cadre de leur travail se sentent plus vulnérables et plus à risques que les personnes âgées qui sortent très peu de leur domicile. Or, il remarque que la perception du risque et le sentiment de vulnérabilité personnel ne semblent pas être des facteurs déclencheurs d'un processus de recherche d'information ou de vaccination, mais que c'est davantage le sentiment de vulnérabilité anticipée chez les proches vulnérables (enfants, parents, grands-parents) qui influence l'action de se faire vacciner. Toujours selon Massé (2009), les pratiques de gestion des risques suivront davantage une logique de responsabilité qui vise à protéger leurs proches qu'une logique épidémiologique de lutte contre la propagation du virus.

Paicheler (1997) montre également que les perceptions et les pratiques de gestion des risques

liés au VIH sont associées aux différentes formes de protection personnelle et sociale. La présence d'un fort sentiment de vulnérabilité personnelle est associée à une perception du risque difficilement maîtrisable et à des stratégies de gestion du risque plus orientées vers la protection et la sécurité que celles habituellement envisagées. Elle rajoute, que le sentiment de vulnérabilité personnelle sur le risque d'attraper VIH est influencé par le milieu social dans lequel l'individu se trouve. Lorsque les individus perçoivent, faire partie d'un milieu social rassurant, « demeurer sous son giron préserve du danger » (Paicheler 1997 : 64). Ces individus auront un sentiment du risque dit « maîtrisable » et des stratégies de gestion du risque orientées vers la sélection des partenaires à l'intérieur de leur milieu social propre. L'enveloppe sociale dans laquelle se réfugie l'individu se caractérise à la fois par une identité sociale structurée et valorisée mettant à l'écart certaines personnes et actions des groupes qui sont « concernées » par le sida. La protection de la communauté, comme la famille, les amis proches, agit comme fonction protectrice : « la conformité est vécue comme protectrice, la déviance expose au danger, être avoir et faire comme tout le monde s'oppose à l'identité et à l'action de groupes particuliers » (Paicheler 1997 : 51). Ce qui nous amène à présenter le deuxième mécanisme qui consiste à construire ses représentations par démarcation aux autres.

2.4.2 Volonté de distanciation face à un groupe ou à une norme

Le deuxième mécanisme consisterait à construire ses représentations du risque par démarcation par rapport aux autres, par démarcation à une norme officielle ou à une institution. Dans l'étude de Duclos (1987 : 25) sur la perception du risque minier, une sous-valorisation du risque est observée dans les entretiens des travailleurs d'usine (un déni du

risque) – « le risque c'est les autres », lorsque l'existence de dangers, d'accidents, de maladies est abordée. L'un des mécanismes discursifs les plus récurrents que Duclos (1987) observe chez les ouvriers est de faire porter le risque à une catégorie particulière d'individus à laquelle ils n'appartiennent pas : personnels plus jeunes et moins qualifiés (autant homme que femmes). Cette conception sociale du risque « hors de soi », qui n'arrive qu'aux autres, permet de donner du sens aux accidents et aux stratégies de gestion du risque des travailleurs d'usine, notamment au niveau de leur vigilance à l'égard d'un risque ou d'une activité à risque. Cette construction sociale agit comme un discours normatif, distinguant le statut du risque et du non-risque et fonctionne comme une « protection symbolique » entre les relations sociales des individus au sein de l'usine, contre les dangers et les risques réels pouvant survenir. Or, Duclos (1987) observe qu'à travers le discours majoritaire minier qui nie la présence accrue du risque dans leur travail, il peut co-exister dans les mêmes discours, d'autres arguments différents, voire contradictoires. Par exemple, certains vont s'autovaloriser dans leur capacité de faire face au risque, ou vont reconnaître la forte dangerosité de leur métier, même si le discours normatif sur le risque montre que la majorité des miniers vont nier la présence du risque au travail ou l'attribuer aux « autres », c'est-à-dire ceux qui sont plus faibles que « soi ».

2.4.3 Culture du risque

La majorité des recherches en sciences sociales ont permis de montrer que les représentations sociales du risque et du danger se forment à l'intérieur d'un groupe social particulier qui aurait sa propre culture du risque (Douglas 1990, 2002). L'appartenance à un groupe culturel détermine nos perceptions et nos stratégies de gestions du risque (Douglas et

Wildavsky 1982).

L'approche culturaliste priorisé par Douglas (1990 ; 2002) aborde les représentations du danger comme étant issues de la culture : la manière de se représenter le danger est bien souvent le produit d'un « dialogue culturel » ou d'un consensus qui naît de l'intercompréhension d'un évènement entre les individus d'un même milieu social, d'une même culture du risque. En effet, les différentes représentations sont expliquées par le facteur du groupe, et de la culture commune : « Par le biais des interactions et du partage des expériences individuelles, les individus membres d'un même groupe ou d'une même communauté finissent par élaborer une culture commune du risque. Cette culture repose sur un certain nombre de normes et de croyances partagées par les membres du groupe. Certaines de ces croyances tendent à faire banaliser ou sous-évaluer le risque, tandis que d'autres au contraire tendent à le faire surévaluer. » (Cadet et al. 2005 : 18). Les représentations sociales dans ce sens, sont une élaboration commune, de l'expérience de chacun, des valeurs et des informations spécifiques à une culture du risque particulière : « N-Dodier (1983) souligne ainsi comment les individus (inspecteur de travail et responsable de chantier) opposent, dans une négociation permanente, de conceptions complètement différentes de la réalité, du risque, en particulier, la définition de la situation dangereuse » (cité par Duclos 1987 : 22).

Ce sera à partir de ce consensus dira Douglas (1990, 2002) qu'il est possible pour un groupe social particulier de distinguer le risque du non-risque, de différencier le connu de l'inconnu, le tolérable de l'intolérable, de reconnaître et de statuer sur la dangerosité d'un évènement, ou

sur la venue d'une menace prochaine. Ces représentations sociales sur le risque constituent un consensus de pratique qui parvient à établir une cohérence, un ordre du monde dans un environnement chaotique. La culture du risque lie les valeurs, les attitudes individuelles et l'exposition au risque à la variable du groupe : « En d'autres mots, le choix d'un mode de vie plutôt qu'un autre détermine notre exposition au risque et chaque forme de vie sociale possède son portefeuille de risques particulier » (Douglas 1983 cité par Beaupré 2011 : 104). Autrement dit, dans la conception culturaliste, les différences entre les représentations et les expériences sont expliquées par l'appartenance au groupe culturel.

2.4.4 Pratiques quotidiennes

L'approche par typologie de Douglas (2002) regroupe les divergences entre les représentations et les explique en fonction du milieu socioprofessionnel ou de la position sociale de l'individu en sein d'un champ d'activité : un entrepreneur, un ouvrier et un agent administratif auront des représentations sur le risque différentes. Douglas (2002) distingue trois types de cultures ou d'environnement : individualiste, hiérarchique et sectaire. Or nous y voyons un paradoxe : elle tente d'exclure le consensus universel dans la perception du risque, mais propose une typologie des milieux culturels qui contraint ses membres à opter pour la représentation la plus adaptée, sans prendre en compte les multiples contradictions qui peuvent émerger à l'intérieur même d'un discours sur le risque.

Cela étant dit, d'autres écrits en sociologie du risque, montre que les attitudes face au risque ne correspondent pas toujours à des milieux socioprofessionnels et qu'elles sont davantage issues

de l'entourage culturel et social dans lequel évoluent quotidiennement les individus (Short 1987 ; Massé 2007 ; Burton-Jeangros 2004). Selon Massé (1998, 2009) les pratiques quotidiennes et stratégies individuelles de gestion des risques s'effectuent généralement sans une analyse en profondeur ou réflexive des différentes probabilités associées à chacun des risques, ni en fonction des conséquences ou des effets relatifs pouvant advenir lors d'un changement des habitudes de vie ; elle s'opère généralement par le biais d'une pensée sociale de sens commun et de pratiques ancrées dans un « habitus »¹⁸ au sens que lui donne Bourdieu (1980). Un « habitus » qui agit non seulement comme un ensemble de prédispositions intériorisées par apprentissage qui a pour conséquence de déterminer les expériences, les perceptions et les actions individuelles, mais aussi comme « une capacité infinie d'engendrer en toute liberté des produits, pensées perceptions expressions, actions, qui ont toujours pour limites les conditions historiquement et socialement situées de sa production » (Bourdieu 1980 : 92). Duclos (1987, 1996) montre par son étude sur les risques industriels que le degré de vigilance des miniers n'est pas associé à leur niveau de connaissance scientifique sur la réalité du risque. L'attitude des miniers face au risque apparaît plutôt comme une construction sociale issue plus particulièrement du contexte minier. Beaupré (2011 : 93) par son étude sur les perceptions des risques sous terre, montre que les mineurs de fond ne calculent pas toujours les probabilités d'occurrence d'un risque avant de poser une action au travail, ils agissent selon les dispositions et le savoir-faire qu'ils ont incorporé dans leur pratique. Bourdieu (1972) appelle cette capacité d'agir qui organise les pratiques de manière

¹⁸ Bourdieu (2001) décrit l'habitus comme un ensemble de dispositions qui incitent les individus à se comporter d'une certaine façon : « les dispositions engendrent des pratiques, des perceptions et des comportements qui sont réguliers sans être consciemment coordonnés et régis par aucune règle. Les dispositions qui constituent les habitus sont inculquées structurées, durables ; elles sont également génératives et transposables » (2001, 24).

inconsciente : le sens pratique¹⁹.

Massé (2007) souligne qu'une réflexion « à partir du risque » est nécessaire : « tel qu'il s'inscrit dans les modes de vie, les habitus, les pratiques sociales, les stratégies profanes de gestion des choix en contexte d'incertitude ; bref, tel qu'il est négocié, au quotidien, par un individu traversé de multiples rationalités complémentaires et ouvertes à composer, dans un cadre réflexif, avec certains risques dans certaines circonstances. » Massé (2007 : 13).

2.5 La situation duelle et contradictoire des représentations « sociales »

2.5.1 Limites du discours « normatif »

Les « représentations sociales » ont souvent été approchées de manière unique et sans contradiction (Duclos 1987 ; Laplantine 1999) et sont présentées comme une forme de connaissance de la réalité sociale qui est 1) socialement élaborée et partagée 2) participant à une vision de la réalité commune liée à un ensemble social (groupe, classe, etc.) ou culturel donné et 3) possédant une visée pratique d'organisation, de maîtrise de l'environnement et d'orientation des conduites et des communications (Jodelet 1989 : 668) : « les actes sont au service des idées dont l'origine est située dans une société conçue comme un tout unique et homogène » (Durkeim cité dans Jodelet 1989 : 280) Or, le discours des représentations « sociales » comme une entité homogène et monolithique consiste aussi à sélectionner et à éliminer certains discours et certains modes d'appréhension du réel qui divergeraient du récit

¹⁹ Le sens pratique au sens de Bourdieu, est le principe qui guide l'action d'un individu. Les individus qui travaillent dans un même champ d'activité partageront des caractéristiques et des attitudes communes [comme le fait de réagir de manière similaire dans un contexte donné] (Beaupré 2011 : 130).

dominant et ce, de « façon à rétablir le mode de perception prévalant auparavant dans le collectif » (Duclos 1987 : 39).

Par ailleurs, ce discours ne permet pas de montrer les divergences entre le discours professionnel dominant et ceux individuels. Duclos (1987) a montré que les travailleurs d'usine dont le discours demeure en contradiction avec celui dominant (associant le risque et le secteur haute pression dans l'explication d'un accident) ont quitté l'usine : « Tout se passe comme si leur perception de la valeur du péril était devenue incompatible avec celle qui continue à engager les autres travailleurs » (Duclos 1987 : 36). Duclos (1987) ajoute que le contexte peut organiser de manière si organique les perceptions des individus que seuls ces derniers soient en mesure d'y introduire d'autres modèles de la réalité (qui vont à l'encontre des perceptions collectives, et ce, tout en s'y insérant) : « dans tous les cas, il apparaît qu'il existe bien une compétence individuelle pour traiter des faits et leur donner un sens qui ne soit pas d'emblée inscrit dans la vérité officielle » (Duclos 1987 : 37).

Or, nous nous intéressons plus précisément non pas uniquement à ce qui est commun ou au consensus derrière les différentes représentations individuelles, mais à l'étude des phénomènes transversaux (et pas seulement différentiels) dans la définition sociale d'un risque (Duclos 1987). Le consensus représentationnel propre à l'approche par typologie a pour effet, selon Duclos (1987 : 17), de « gommer ou d'invalider d'autres perceptions du risque à l'intérieur d'un groupe. Une réserve de perceptions différentes paraît néanmoins subsister chez les individus concernés et se manifeste par la juxtaposition, dans les mêmes entretiens, de

discours contradictoires sur les dangers de la chimie. Ces contradictions peuvent en même temps être interprétées comme des rappels de la matérialité du risque, hors de ses définitions normatives ». Laplantine (1999) va dans le même sens en affirmant que : « la réalité n'est pas objectivée en terme de présence ou d'absence, mais plutôt en terme de présence ET d'absence : le dogme représentationnel sépare le sens du non-sens, le “dedans” qui serait la chose en soi et le “dehors” qui serait le langage » (Laplantine 1999 : 109).

En conclusion, nous avons abordé dans ce chapitre, l'importance qu'occupent les savoirs populaires associés au risque dans les représentations et les stratégies de gestion du risque individuelles. Sans dichotomiser les savoirs experts de ceux populaires, nous avons tenté de concilier les deux formes de savoirs, et de montrer leur implication différentielle dans les représentations et les pratiques des individus à l'égard du risque et du danger. Nous avons également abordé les différents facteurs qui interviennent dans la perception et dans les pratiques de gestion du risque des individus. Le degré de vulnérabilité personnelle et d'exposition des individus au risque, la volonté de distanciation face à un groupe ou à une norme, la culture du risque et l'entourage quotidien sont les principaux facteurs retenus. Nous avons également abordé les limites du concept de « représentations sociales sur le risque » en montrant que le discours social sur le risque peut rapidement devenir un discours normatif et dominant qui élude bien souvent, les discours contradictoires ou individuels qui s'y éloignent. Nous pensons donc, comme Duclos (1987) qu'il est important à la fois d'explorer et de donner sens aux divergences, récurrences et contradictions entre le savoir expert et celui des profanes et entre les différents discours individuels qui divergent du discours « dominant » sur le risque.

Cette vision rejoint nos préoccupations de recherche. En effet, nous voulons à la fois décrire la manière dont les différents intervenants perçoivent le risque et le danger en psychiatrie en montrant les récurrences et les divergences intra et inter intervenants, mais aussi et plus spécialement, expliquer ces différences, ces convergences et même ces contradictions pouvant émerger entre les discours, par des facteurs sociaux et contextuels plus larges que l'appartenance à un groupe culturel, qui pourrait expliquer la construction des représentations sur le risque et le danger dans un milieu de soins psychiatrique donné. Ce qui nous amène à rendre compte de la méthodologie privilégiée dans le prochain chapitre.

Chapitre 3

Démarche méthodologique

La présente étude se propose d'explorer les connaissances que les intervenants ont du danger et du risque en psychiatrie chez les intervenants de proximité évoluant dans un même milieu psychiatrique. Notre objectif principal vise à explorer la façon dont les intervenants perçoivent, interprètent et gèrent le risque et le danger inhérent à leur métier par de l'observation participante et des entretiens semi-dirigés auprès d'une dizaine d'intervenants de proximité dans une unité de soins aigus. Les questions de recherche sont : 1) Quels sont les critères déterminants d'un individu dangereux et d'une situation dangereuse pour chacun des intervenants ? 2) Est-ce que les représentations du risque et du danger sont similaires chez tous les intervenants d'une même unité de soin ? 3) Quelles sont les perceptions du risque au travail ? 4) Quelles sont les réactions face au risque perçu ? 5) Quels sont les facteurs qui interviennent dans les différentes perceptions du risque et du danger chez les intervenants ?

3.1 Recherche qualitative

De type ethnographique, notre recherche possède un devis qualitatif. Puisque nous cherchons à comprendre la manière dont les individus perçoivent, interprètent et gèrent le risque dans une perspective exploratoire, la démarche qualitative nous a semblé la plus appropriée. L'ethnographie, ou l'anthropologie sociale est, au sens que lui donnent Miles et Huberman (2003 : 23), une approche approfondie des pratiques quotidiennes à partir d'une

description systématique des particularités locales, et une participation directe ou indirecte aux activités quotidiennes. Pour Paillé et Muchielli (2003), la recherche qualitative de « terrain » est un contact personnalisé avec les sujets de la recherche s'actualisant non seulement par le biais de l'observation, mais aussi par celui des entretiens avec les sujets, qui visent à une meilleure compréhension de leur monde quotidien. Nous adoptons la position de Paillé et Muchielli (2003) qui conçoivent la méthode qualitative à la fois comme une approche « de terrain » et comme une technique d'analyse des données recueillies.

3.2 Démarches pré-terrain

3.2.1 Le problème de l'interdisciplinarité en psychiatrie

Les nombreuses complications et critiques qui nous ont été adressées quant à l'approbation scientifique et éthique de notre projet par le comité éthique à la recherche de l'hôpital psychiatrique²⁰, étaient associées particulièrement à notre méthodologie, dans laquelle l'absence d'hypothèse de recherche et la présence d'une grille d'observation trop ouverte posaient problème. En effet, le comité d'éthique à la recherche a refusé catégoriquement que les données d'observation soient triangulées avec les données d'entretiens, en raison de leur manque d'« objectivité » scientifique. Suite aux nombreux refus du comité, notre protocole de recherche fut modifié, afin d'être conforme à la fois aux exigences institutionnelles et à nos intérêts de recherche. Nous avons spécifié que l'approche ethnographique et anthropologique servirait uniquement de méthode qui précéderait la collecte

²⁰ En raison de la confidentialité, nous ne pouvons situer exactement l'emplacement de l'hôpital en question, dans lequel notre étude a eu lieu.

de données des entretiens. Une des limites serait dès lors, de n'avoir pu intégrer les données de notre observation avec les récits d'entrevues, qui auraient pu expliquer ou nuancer l'analyse des entretiens.

Cette difficulté d'accepter « scientifiquement » et « éthiquement » notre protocole de recherche est particulièrement intéressante dans le cadre de notre recherche, qui visait à faire concilier à la fois les savoirs experts et ceux profanes associés au risque en psychiatrie, et qui refusait d'admettre l'autorité d'un savoir sur un autre. Or, paradoxalement, la réalisation de cette étude posait problème pour le comité d'éthique, notamment parce qu'elle n'admettait pas la présence d'une hypothèse figée, et qu'elle ne témoignait pas d'une rigidité théorique quant à la méthodologie employée. Mais surtout, nous pensons que la difficulté qu'a eue notre projet à se faire approuver semble être davantage liée à un langage, un vocabulaire, des références, des critères et des méthodologies différentes qui ne sont pas celles habituellement utilisées dans le cadre des études cliniques en psychiatrie. Cette problématique nous amène à poser la question de l'interdisciplinarité, qui malgré qu'elle se revendique positivement au niveau des recherches ou des colloques organisés autour de ce thème, se trouve faiblement actualisée dans la pratique réflexive de la recherche. Cette problématique traverse tout le domaine de la recherche en psychiatrie clinique, qui en privilégiant des méthodologies expérimentales et des approches hypothéticodéductives sur celles ethnographiques, met en position d'autorité les savoirs « experts » sur ceux profanes. Cette critique n'exclut pas les autres disciplines en sciences humaines qui se disputent également la place de la vérité et du « savoir » comme supérieur aux autres. Comme le souligne Schmid et al. (2011 : 132), la logique de l'interdisciplinarité propose de mettre en commun des savoirs différents, « en posant d'emblée

la possibilité d'une interdiscipline qui serait autre chose que l'addition ou la multiplication des hypothèses sur l'homme faites par les unes et les autres. Ce serait la construction d'un «lieu» où les diverses théories ne seraient plus contradictoires, mais où elles feraient voir les problèmes scientifiques selon d'autres « valeurs ». Elle rajoute tout comme Alvarez-Pereyne (2003 : 250) que la « scientificité » d'une étude ne se définit pas, par la justesse et la rigueur des méthodes expérimentales utilisées, mais plutôt par la réflexivité qu'elle met en œuvre à l'égard de son sujet et de son objet d'étude, une réflexivité qui rend compte de la place de l'hétérogénéité et des différences à l'intérieur d'une même discipline.

« Admettre l'hétérogénéité des disciplines, ce n'est pas admettre leur isolement, ou l'autorité de certaines sur les autres. Il y a des disciplines passablement bien unifiées et qui savent mettre l'hétérogène à l'extérieur, et c'est pour elles que les mathématiques peuvent à la rigueur être dites «langage universel», certaines autres vivent avec l'hétérogène, les modèles incompatibles, les différences de méthodes et d'échelles. Personne ne peut prétendre, si ce n'est par autorité – par exemple celle du tout mathématique – que certaines sont scientifiques et d'autres pas. Le scientifique dépend plutôt d'un certain rapport au réel, comme nous avons tenté de le faire voir au travers de la notion d'objet ». (Schmid et al. 2011 : 130).

La version du protocole modifié et accepté par le comité d'éthique est présentée dans les prochaines sections.

3.3 Technique de collecte de données

Lors de notre enquête, nous avons mené une dizaine d'entrevues semi-dirigées avec des intervenants de proximité (infirmières régulières et à temps partiel; préposés aux bénéficiaires et agents de sécurité) et avons pratiqué près de 200 heures d'observation participante dans une

unité de soins aigus d'un hôpital psychiatrique à Montréal. L'observation d'une durée de deux mois, s'est effectuée durant les trois quarts de travail des intervenants : le jour, le soir et la nuit. Cette enquête s'est amorcée à la suite de l'approbation éthique du comité scientifique et éthique de l'hôpital en question, le 12 avril 2013.

L'observation par prise de notes nous a permis par une immersion prolongée et systématique dans un milieu de soins psychiatriques, de mieux comprendre les enjeux associés à la pratique infirmière dans un contexte de risque imminent, d'élaborer des questions d'entrevues plus sensibles au vécu des infirmières et de faciliter le recrutement des intervenants pour les entretiens semi-dirigés. Notre méthode s'inscrit dans une démarche inductive plutôt qu'hypothético-déductive, un raisonnement selon lequel la recherche ne se déroule pas par étapes successives (hypothèse de départ, collecte des données, et validation de l'hypothèse), mais qui répond plutôt à « une dynamique d'allers et retours, d'ajustements constants entre la formulation des hypothèses, l'élaboration de catégories conceptuelles, l'analyse et l'accumulation progressive des données issues du terrain » (Paugam 2010). Tout comme l'écrit Lessard-Hébert et al. (1996 : 115), le terrain sert d'étape préparatoire pour structurer le guide d'entretien. En effet, notre grille d'entretien a subi un continuel ajustement par les connaissances qui ont émergé de notre immersion au milieu clinique. L'importance du terrain et de l'observation est donc primordiale dans la démarche inductive. L'observation, tout comme l'enquête ethnographique ou le travail de terrain, est une méthode d'analyse en sciences sociales qui implique une présence prolongée et une présence systématique de la part de l'observateur sur les lieux mêmes de l'action (Paugam 2010). L'avantage de l'observation

est qu'elle permet d'accéder aux relations interpersonnelles, d'assister aux actes et aux gestes qui produisent l'action et elle donne accès aux « coulisses » de l'action et à l'implicite (Goffman 1969, Rhodes 1991 ; Peretz 1998 ; Paugam 2010), ce qui est plus difficile à obtenir seulement par les entrevues.

Puisque l'observation ne se limite pas uniquement aux interactions et aux actes, mais aussi aux propos qui sont émis par les individus (Peretz 1998 ; Paugam 2010), notre participation aux réunions d'équipe et aux réunions inter-service nous a permis de découvrir les catégories que les soignants utilisent pour, par exemple, caractériser une personne ou une situation à risque, une situation dangereuse et un milieu à risque et pour déceler la signification que les individus donnent aux actions qu'ils réalisent. Paugam (2010 : 22) souligne à cet effet :

« L'observation saisit la division effective et non simplement formelle du travail entre les différentes catégories d'individus impliqués dans ces actions. Elle permet de voir à l'œuvre dans les actes, les formes de culture et de savoir mobilisées par les personnes. Elle examine comment les individus s'adaptent les uns aux autres, comment ils se parlent, se côtoient, s'affrontent, s'évitent, se touchent, manipulent des objets et des instruments. [...] »

De plus, l'observation participante dans un milieu de soins psychiatriques nous a permis d'actualiser et de modifier notre question de recherche qui portait jadis sur la perception du risque de violence chez les intervenants de proximité, en des questions de recherche plus sensibles au milieu, s'intéressant aussi aux stratégies de gestion du risque des intervenants et à leur perception du risque au travail. Par le biais de notre observation et par l'adaptation d'une recherche de Nathalie Przygodzki-Lionet (2004) qui portait sur les représentations

sociales de la dangerosité criminologique chez les surveillants de prison, magistrats et citoyens et sur celle de Duclos (1987) qui portait sur la perception du risque minier, nous avons décidé d'orienter nos questions d'entrevues sur trois principaux angles : 1) représentations des signes du danger en psychiatrie 2) perception du risque au travail 3) stratégies de gestions du risque. Ces thèmes furent investigués par des questions semi-directives d'une durée d'approximativement 75 minutes qui invitaient les informateurs à décrire de manière générale leurs pratiques quotidiennes, leur sentiment de sécurité au sein de l'unité, à décrire des situations dangereuses ou à risque, à décrire les caractéristiques ou les signes d'une personne dangereuse. Cette grille d'entretien est présentée dans l'annexe 1. Des questions ont également été posées pour situer les intervenants en fonction de leur poste, de leurs années d'expérience, de leur âge, de leur sexe, de leur scolarité et de leurs formations antérieures sur la dangerosité. Ce formulaire se retrouve dans l'annexe 2.

3.4 Population à l'étude et stratégie de recrutement

Une dizaine d'intervenants d'une unité de soins aigus de l'Institut universitaire en santé mentale ont été recrutés. Le risque d'agression étant une problématique clinique majeure qui touche particulièrement le personnel de proximité (infirmières, préposés aux bénéficiaires et agent de sécurité) (Choe et al. 2008), nous avons décidé de nous intéresser uniquement à ces intervenants qui sont impliqués quotidiennement dans des situations d'escalade agressive et qui sont directement interpellés lorsqu'une situation à risque de dangerosité survient dans

l'unité²¹. Dans les unités de soins aigus, il y a une vingtaine d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires qui partagent le quotidien des patients sur chacun des quarts de travail (trois quarts de travail de huit heures chacun) : leur présence est soutenue et détermine en grande partie le climat du milieu de vie qu'est l'unité de soin pour les patients. La majorité des intervenants ont suivi une formation particulière sur la violence et la dangerosité (OMEGA). Le choix de l'unité s'est fait avec notre codirectrice : Caroline Larue Ph.D et une conseillère clinicienne de l'Institut universitaire en santé mentale : Janique Beauchamp. Une rencontre préalable avec la conseillère, nous a permis d'identifier quatre unités potentielles, pour finalement choisir l'unité des premiers épisodes psychotiques. La moyenne d'âge des patients de l'unité au moment de notre enquête était de 25 ans. L'unité en question possède une capacité de 20-30 lits, accueillant uniquement des patients ayant eu un premier épisode psychotique avec ou sans problématique de comportements violents. Le choix de l'unité s'est fait en fonction du climat de l'équipe, et de l'intérêt démontré par les différents chefs d'équipe quant à notre projet et à notre demande d'immersion prolongée dans un milieu de soin. Lorsque le choix de l'unité a été précisé, la conseillère clinicienne nous a mis en contact avec l'infirmière-chef qui a informé les membres de l'équipe soignante de l'unité quant à notre présence sur le terrain. Le projet a été présenté verbalement à tous les membres de l'équipe soignante sur les trois quarts de travail. Par la suite, les intervenants de l'unité qui ont voulu participer aux entretiens ont été informés à nouveau des modalités de l'étude et pour ceux intéressés, un rendez-vous a été fixé.

²¹ L'intérêt d'approcher uniquement les intervenants de proximité est un choix méthodologique visant à interroger les intervenants qui ont pour milieu de travail, le milieu de vie des patients, et qui sont confrontés quotidiennement au risque d'agression de leurs patients. Ce qui exclue d'emblée de notre étude, les autres professionnels de la santé : psychologues, psychiatres, résidents, médecins, internes.

3.5 Considérations éthiques.

La participation des intervenants étant volontaire, le consentement de chacun a été préalable à toute collecte de données. Les formulaires ont été soumis et validés par le comité d'éthique à la recherche de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ce formulaire de consentement se retrouve en annexe 1.

3.6 Technique d'analyse des données

Pour l'analyse de nos résultats, une approche qualitative de type interprétative a été privilégiée. Elle vise au sens de Creswell (2007) non seulement à décrire l'essence des différentes expériences individuelles, mais à en analyser le sens à travers les récurrences, les divergences et les contradictions intra et inter participant. Creswell (2007) souligne « Phenomenology is not only a description but also an interpretive process in which the researcher makes an interpretation of the meaning of the lived experiences » (Creswell 2007 : 253). Creswell (1998) avance également que les procédures de l'analyse qualitative devraient idéalement être ordonnées de la manière suivante : 1) organiser les données et les retranscrire, 2) lire les données, les notes, les diverses observations effectuées lors de l'enquête de terrain et procéder à une première codification, 3) décrire, classifier et interpréter les données et 4) mettre en forme les résultats de l'analyse au moyen de modes de représentation variés (texte enrichi de graphiques, tableaux, cartes, schémas, etc.).

Tous les récits d'entretiens ont été enregistrés avec un matériel audio. Ils ont ensuite été

retranscrits intégralement pour en faire ressortir les convergences ou les divergences entre les positions intraparticipants et interparticipants pour un même milieu de pratique et en fonction des trois angles d'analyse que l'observation nous a permis d'élaborer : 1) représentations de la dangerosité, 2) perception du risque au travail et 3) stratégies de gestion des risques. Nous avons procédé à une analyse thématique des récits afin de condenser et de réduire les données recueillies en ne retenant que les éléments les plus pertinents et significatifs pour les trois angles d'analyse. Au cours de l'analyse, nous ne cherchions pas à dégager une loi générale, ni un modèle de base, mais à décrire à la fois les convergences et les divergences horizontales et verticales. C'est au niveau de la discussion, que nous avons tenté de rechercher le sens social qui se cache derrière ces divergences, récurrences et contradictions entre les différents thèmes identifiés. L'identification et le regroupement des unités de sens en thèmes, en catégories et en rubriques ont été effectués en respectant les règles usuelles d'homogénéité, d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence (Bardin, 1998).

3.7 Contexte de l'étude

3.7.1 Profil personnel de la population à l'étude

La population à l'étude est composée de dix intervenants de proximité de 25 à 64 ans affichant une moyenne d'âge de 40 ans. Par intervenant de proximité, nous entendons tous les intervenants de première ligne qui sont directement confrontés au risque d'agression (infirmières, préposés aux bénéficiaires, agents de sécurité). Les participants aux entretiens se déclinent comme suit : une majorité de femmes (n=9) ; des infirmières permanentes qui possèdent un poste à temps plein (n=3), des infirmières volantes qui possèdent un poste à

temps partiel au sein de l'unité (n=4) et des préposés aux bénéficiaires (n=2). Le seul homme recruté est l'agent de sécurité (n=1).

Sur le plan de la scolarité, les deux préposés aux bénéficiaires interrogés détiennent un niveau d'étude secondaire, alors que la majorité des infirmières recrutées possèdent au moins un diplôme d'études collégial (n=7). Parmi les infirmières recrutées, celles qui travaillent à temps partiel (infirmières volantes) demeurent les plus scolarisées. Parmi elles, une seule possède un diplôme universitaire en sciences infirmières, alors que certaines sont en voie d'obtenir leur diplôme (n=2). La majorité des intervenants ont choisi de travailler en milieu psychiatrique. Parmi les intervenants interrogés, les intervenants qui possèdent un poste à temps plein dans l'unité ont davantage d'expérience de terrain (entre 10 et 25 ans d'ancienneté) (n=4) que ceux qui possèdent un poste à temps partiel. Parmi les intervenants avec un poste à temps partiel, certaines rapportent avoir une moyenne de 7 à 10 d'expérience en milieu psychiatrique (n=2), une seule rapporte avoir entre 1 et 3 ans d'expérience, et une autre rapporte avoir moins de 6 mois d'expérience en psychiatrie.

	Infirmières régulières (n=3)	Infirmières volantes (n=4)	Préposées aux bénéficiaires (n=2)	Agent de sécurité (n=1)
Formation académique	Collégial (n=3)	Universitaire (n=3) et Collégial (n=1)	Secondaire (n=2)	Diplôme d'étude professionnel (D.E.P)
Âge moyen	entre 45 et 54 ans	entre 25 et 34 ans	entre 45 et 54 ans	entre 35 et 44 ans
Années d'expériences	entre 25 et 30 ans (n=2) et 10 ans d'expérience (n=1)	entre 7 et 10 ans (n=2), entre 1-3 ans (n=1) et moins de 6 mois (n=1)	plus de 25 ans	7 ans d'expérience

3.7.2 Contexte de soins

Notre entrée sur le terrain a permis de démystifier la plupart de nos données d'entretiens, notamment sur la manière qu'ont les intervenants de percevoir, d'interpréter, et de gérer le risque au quotidien. Une des particularités du contexte de soins de l'unité des premiers épisodes psychotique est la clientèle hospitalisée. S'y retrouve un nombre majoritaire de jeunes hommes, dont la moyenne d'âge est de 25 ans, majoritairement d'origine haïtienne ou africaine, placés pour la plupart sous la main de la justice, en attente d'un jugement du tribunal administratif du Québec (TAQ) quant à leur libération conditionnelle²². La majorité vit dans des conditions de vie difficiles (logement, famille, argent, emploi); font face à des problématiques de toxicomanie, possèdent des antécédents de délinquance, de criminalité et de comportements violents²³. Le critère d'hospitalisation est d'avoir été diagnostiqué avec un

²² Cette observation va dans le sens des études qui témoignent d'une sur-représentation des hommes noirs dans les établissements pénitentiaire, dans les centres jeunesse et dans la marginalité itinérante où les taux de troubles psychiques sont évalués à la hausse (Sterlin 2004). Certaines études montrent le rapport étroit entre certains déterminants sociaux de la santé mentale : l'ethnicité, le niveau socio-économique peu élevé et la présence d'un trouble psychique (Dorvil 2007). Une étude de Williams, Takeuchi et Adair (1992) montre qu'à statut économique semblable dans les couches sociales défavorisées, les Afro- Américains montraient des taux plus élevés de détresse psychologique que les Blancs. Au-delà de ces déterminants sociaux, plusieurs études soulignent l'utilisation abusive et plus punitive par les services publics, pour certains groupes de la société : une surveillance policière ciblée non sur des conduites déviantes, mais sur la couleur de la peau (noire, arabe, autochtone) dans les espaces publics, une détention arbitraire, une brutalité et un l'emprisonnement abusif (Dorvil 2007). Ainsi il est intéressant de s'interroger sur les effets potentiels de cette sur-représentation des hommes noirs dans l'unité psychiatrique (qui pourra constituer une autre recherche), à la fois par l'histoire des hospitalisations (méfaits, types de psychoses) en identifiant la manière dont ces derniers se sont retrouvés dans l'unité (TAQ, signalement, police, tiers, proche, l'individu lui-même) et la manière dont ils sont représentés et pris en charge avant et durant l'hospitalisation : davantage de signalement à la police ? utilisation plus élevée des mesures de contrôle par les intervenants ?

²³ Ces résultats viennent appuyer les nombreuses recherches qui démontrent la relation étroite qui existe entre hospitalisation et problème économique (Dorvil 2007). Parmi ces recherches, celle effectuée pour le compte du Ministère des affaires sociales par les chercheurs de l'Université de Montréal « révèle une surreprésentation des individus économiquement inactifs parmi les bénéficiaires de l'urgence psychiatrique. La population inactive (assistés sociaux, chômeurs...) est nettement surreprésentée (52,2%) comparativement au pourcentage des gens économiquement actifs (44,0%) dans la population générale ($p < 0,001$) du Montréal métropolitain » (Bozzini 1980 cité par Dorvil 2007). De plus, Dorvil (2007) en s'appuyant sur les chiffres de mai 1983 du département de la comptabilité du centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, montre que 59% parmi les hospitalisés de 90 jours et plus sont des bénéficiaires de l'aide sociale, et ce, en excluant celles et ceux qui reçoivent leur pension de vieillesse.

premier épisode psychotique ou d'être inscrit depuis moins de 5 ans dans le système administratif de l'hôpital. La majorité des hospitalisations sont associées à des psychoses déclenchées et induites par la forte consommation de drogues. Le principal motif invoqué pour l'hospitalisation est la dangerosité que représente un individu pour lui-même ou pour autrui. Un individu qui fait un épisode psychotique est ramené aux urgences de l'hôpital soit par la police (suite à un signalement par exemple), un proche ou se présente de son propre gré aux urgences.

Un autre point important à mentionner est l'importance que détient la sécurité et la gestion de l'agressivité dans les politiques de prise en charge de la souffrance et dans les pratiques cliniques des soignants au sein de l'unité. L'ambiance générale est à la sécurité, soit par la présence marquée des agents de sécurité mobilisés sur place durant la nuit que par les fouilles « aléatoires » ou parfois « ciblées » sur certains patients susceptibles d'avoir consommé ou de propager des substances sur l'unité. Puisque plusieurs patients sont en droit de sortir de l'unité lorsqu'ils ne sont pas en garde prolongée ou en observation, droit qu'il leur est octroyé par le tribunal administratif du Québec ou par les psychiatres attitrés à l'unité; il arrive souvent que ces derniers consomment dès lors sortie, et ramènent des substances illégales au sein de l'unité, augmentant ainsi le sentiment d'imprévisibilité chez les intervenants quant au risque d'agression. De plus, la surveillance est ponctuée par des pratiques qui visent à demander des tests d'urines, et à priver les individus de certains objets à risque pouvant occasionner des dommages sur eux-même ou sur autrui. Autant, les programmes de prévention développés, que la présence marquée des agents de sécurité sont le reflet, nous croyons, d'une organisation de soins qui priorise la sécurité sur les interventions soignantes. Ce constat va dans le même

sens que les conclusions que tire Coupechoux (2006) dans son ethnographie d'une unité de soins psychiatriques en France : en interviewant plusieurs professionnels, il en est venu à cette conclusion qu'avec la désinstitutionnalisation et la libération rapide des lits d'hospitalisation, les soignants priorisent dans leurs pratiques davantage la prévention de la crise que le soin psychiatrique et le traitement de la souffrance. Il observe même un renforcement de la sécurité dans les hôpitaux ; une sécurité qui se manifeste en une liaison directe entre les hôpitaux et les commissariats de police (Coupechoux 2006). La question que l'on se pose est à savoir si cette préoccupation pour la sécurité est le résultat d'une réelle augmentation des agressions ou d'un seuil de tolérance plus faible à l'égard du risque qu'il faut à tout prix éliminer ?

En conclusion, dans ce chapitre nous avons dressé les différentes étapes méthodologiques de notre étude, en montrant le devis de recherche qui a été privilégié ainsi que les difficultés qui ont été rencontrées lors de notre demande éthique. La question de l'interdisciplinarité en psychiatrie fut ensuite posée, en lien avec les difficultés rapportées quant à l'évaluation éthique de notre demande. Nous avons ensuite décrit la manière dont nos données ont été récoltées, en explicitant notre stratégie de recrutement. Pour terminer, nous avons dressé le profil personnel des intervenants recrutés et avons décrit brièvement le contexte de soins à l'étude. Le prochain chapitre présente les résultats en fonction des trois thèmes d'analyse qui ont été retenus lors de notre observation participante : 1) les représentations sociales de la dangerosité 2) les perceptions du risque au travail 3) les réactions face au risque perçu. Les données d'entretiens qui y seront présentées, doivent être contextualisées et lues à partir de la description que nous avons faite de l'organisation du contexte de soins et du profil personnel

des intervenants, pour ainsi mieux comprendre les facteurs qui interviennent dans la construction des différentes représentations et stratégies de gestion du risque individuelles.

Chapitre 4-

Présentation des résultats

Les réponses relatives aux signes qui caractérisent une « personne dangereuse » et « une situation dangereuse » sont similaires entre les intervenants de proximité (infirmières, préposés aux bénéficiaires et agent de sécurité). Une personne est perçue dangereuse en fonction des facteurs de risque qu'elle présente. Ces facteurs de risque sont les mêmes que ceux identifiés par le savoir expert. Or, une variabilité dans les réponses est observée entre les intervenants de proximité dans leurs manières de percevoir et de composer avec le risque en psychiatrie. Si la majorité des intervenants rapportent ne pas se sentir en danger ou ne pas ressentir de la peur au travail, la majorité souligne percevoir une augmentation du risque d'agression au cours des dernières années, en psychiatrie. Cette augmentation du risque est le résultat selon les intervenants, de différents changements qui se sont opérés dans l'organisation du contexte de soin qui inclut : l'augmentation de la consommation dans les unités de soins psychiatriques et l'effet des coupures administratives. Face à ce risque d'agression, nos résultats montrent que les préposés aux bénéficiaires (n=2) , l'agent de sécurité (n=1) et les infirmières volantes (ou à temps partiel) (n=2) ont une perception du risque plus élevé au travail que les infirmières régulières qui ont un poste à temps plein (n=4) notamment en raison 1) de la forte exposition au risque d'agression des préposés et des agents de sécurité et 2) de la méconnaissance des patients hospitalisés au sein de l'unité des infirmières à temps partiel, des agents et des préposés. Or, au-delà des signes physiques

observables et des perceptions du risque au travail, c'est davantage la présence d'un lien thérapeutique qui se noue entre un intervenant et un patient qui semble promouvoir les interventions « adaptées » face au risque perçu, notamment dans l'utilisation des mesures de contrôle.

Les prochaines sections du chapitre déclineront nos résultats en fonction des trois angles d'analyse que l'observation participante dans un milieu de soins psychiatrique nous a permis d'élaborer: 1) représentations de la dangerosité 2) perception du risque au travail et 3) réactions face au risque perçu. Pour chacun des thèmes, nous allons tenter de montrer les récurrences, les divergences et les contradictions intra-et inter intervenants ainsi que le sens qui les sous-tend.

4.1 Représentations sociales de la dangerosité

Dans le cas du premier thème abordé : représentations sociales de la dangerosité, nous avons voulu explorer comment les intervenants identifiaient le danger et le risque en psychiatrie. Nous nous sommes appuyés, pour formuler nos questions d'entretiens, sur la distinction entre « personne dangereuse » et « situation dangereuse » qu'ont mis de l'avant N. Przygodzki-Lionet et Y. Noel (2004) dans leur étude « Individu dangereux et situations dangereuses : les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison ». Cette distinction entre « personne » et « situation » dangereuse a également été préétablie dans notre étude, pour comprendre à la fois les traits caractérisant un individu dit dangereux, mais aussi les facteurs sociaux susceptibles de faire émerger de tels comportements – le contexte activateur ou révélateur de l'agressivité. Les résultats montrent que les signes

caractérisant une personne « dangereuse » et la description d'une situation « dangereuse » en psychiatrie sont définis de manière similaire entre les différents intervenants de proximité d'une même unité de soins aigus. La description des signes qui caractérisent une personne « dangereuse » converge avec ceux du savoir expert, à savoir les différents facteurs de risque de la dangerosité individuelle. Notons d'ailleurs que tous les intervenants ont eu la formation OMEGA ²⁴ de base, qui vise à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'interventions pour assurer à la fois sa propre sécurité et celles des autres dans un contexte de risque d'agression.

4.1.1 Personne dangereuse

À partir des extraits qui traitaient des signes d'une personne « dangereuse » en psychiatrie, nous avons classé les différentes réponses des intervenants sous la rubrique : signes diagnostiques d'une personne « dangereuse » (au sens où ils indiquent que quelque chose ne va pas, pas dans un sens nosologique psychiatrique). Ces signes diagnostiques représentent le savoir « profane » des intervenants sur la dangerosité psychiatrique. Ces signes sont répartis soit en fonction des dommages qu'une personne peut causer à elle-même ou à autrui, ou soit en fonction d'un risque de dommage qu'elle peut occasionner dans le futur. Pour les intervenants, un individu est considéré comme étant « dangereux » lorsqu'il :

1) Présente un comportement délibérément « agressif » pouvant occasionner des dommages soit envers lui-même (auto-mutilation, suicide), envers autrui (violence physique, accident de travail) ou à l'égard d'objets extérieurs (frappe une chambre d'isolement). La perception de la

²⁴ Cet a été développé grâce à un partenariat entre les centres hospitaliers Douglas, Robert-Giffard et de Charlevoix et l'ASSTSAS.

violence ou de l'agressivité lorsqu'elle est exprimée varie rarement entre les intervenants. Pour cette infirmière régulière de 10 ans d'expérience, les variables de l'équipe et celles de la clientèle hospitalisée n'influencent pas la perception d'une situation « dangereuse » : *la plupart du temps, les situations sont claires et nettes : tu intervies, tu te poses pas de questions, tu le sais c'est clair.*

2) Lorsque l'individu présente des facteurs de risque « symptomatiques » à l'agression (ex. en crise psychotique et/ou intoxiqué par la drogue et présente des symptômes ou des signes physiques suivants : la désorientation, le délire, les voix mandatoires qui impliquent un ordre de faire du mal, appelés communément des hallucinations impérieuses avec ordre de violence, l'isolement, l'agitation psychomotrice, la méfiance, la paranoïa, le manque d'auto critique. La majorité des intervenants vont rapporter qu'un individu est à risque de violence et potentiellement « dangereux » lorsqu'il y a modification de sa symptomatologie habituelle, ou lorsqu'il y a changement dans son apparence physique (démarche, visage, regard) ou gradation dans son comportement (isolement, agitation, propos incohérents, désorientation, voix mandatoires). L'évaluation de ces signes concorde avec l'étude de Millaud (2005) sur l'évaluation de la dangerosité psychiatrique qui indique que toute modification de la symptomatologie habituelle peut également être considérée comme un signe d'alerte quant à une possible dangerosité.

3) Lorsque l'individu possède des antécédents à l'agression : antécédents agressifs, une atteinte frontale, ou une personnalité impulsive. Une infirmière régulière avec plus de 25 ans d'expérience affirme que le potentiel de dangerosité est plus présent si l'individu possède des antécédents violents : *On le sait à cause du passé, s'ils ont eu un passé d'agressivité, on va*

beaucoup se fier là dessus. [...] donc là oui, si tu sais qu'il a fait Pinel, et qu'il a été déclaré non coupable à cause de l'aliénation mentale... le potentiel de dangerosité est plus présent. La majorité des intervenants de proximité rapporte également qu'un individu est perçu « dangereux » lorsqu'il a un comportement imprévisible et impulsif, en ciblant particulièrement ceux qui souffrent d'un trouble de personnalité limite ou d'une atteinte frontale. Une infirmière volante (à temps partiel) de 3 ans d'expérience souligne à cet effet : ce que je trouve le plus dangereux, selon mon expérience, c'est ceux qui sont imprévisibles à cause d'une atteinte frontale. Ils sont tellement imprévisibles que tu ne peux pas déceler les signes, il n'y a pas de signes avant-coureurs et je trouve ça personnellement dangereux. [...].

Une autre infirmière permanente de 10 ans d'expérience en milieu psychiatrique souligne que les individus avec troubles de la personnalité limites ont un potentiel d'agressivité plus important : *Les individus avec un trouble de la personnalité limite viennent impulsifs très vite, ils sont imprévisibles, ont besoin d'attention et sautent partout. [...] Ils ont un potentiel d'agressivité plus important.* Ces facteurs de risque ont également été relevés dans de nombreuses études cliniques (Millaud et al. 2005).

En d'autres mots, pour la majorité des intervenants de proximité, une personne est reconnue « dangereuse » non seulement en fonction des signes d'agressivité qu'elle présente envers elle-même ou autrui, mais aussi en fonction du risque perçu qui varie par la présence ou l'absence de facteurs de risque à l'agression.

4.1.2 Lien entre risque, danger et santé mentale

Malgré l'appellation « personne dangereuse » ou dangerosité individuelle, la majorité des intervenants de proximité ne font pas de lien entre la violence exprimée par une personne et le fait qu'elle soit « atteinte » d'un problème de santé mentale. Au-delà des nombreuses interventions effectuées par l'agent de sécurité en milieu psychiatrique, il affirme que: *Tous les individus ne sont pas dangereux, j'en suis certain.* Une préposée aux bénéficiaires avec plus de 25 ans d'expérience en milieu psychiatrique souligne également:

À mon avis, la maladie mentale n'est pas liée à la violence, parce que certains n'ont jamais été violents, j'ai eu beaucoup de patients qui sont venus ici avec aucune problématique de violence. Yen a qui sont pas contents, qui sont frustrés, colériques, parce qu'on devait les garder ici, certains sont violents, mais pas tout le temps, non.

Pour plusieurs, le comportement agressif s'exprime davantage selon le contexte situationnel que lié à un trouble de santé mentale. L'agent de sécurité interrogé va dans le même sens en soulignant que la violence individuelle se manifeste davantage par le fait d'être enfermé en institution, que par la présence d'un trouble mental.

Je ne suis pas si sûre que ça que c'est la santé mentale qui cause les états de violence, je pense, que c'est davantage situationnel. [...] Je pense aussi que quand t'es hospitalisé en psychiatrie, t'es pris à charge, t'es cadré, t'as un encadrement à suivre pis là c'est serré et tu dois rentrer dans ce cadre-là, à mon avis ça peut créer des tensions et des frustrations à la clientèle et ça peut causer des réactions.

Pour tous les intervenants de proximité interrogés, il n'y a pas de « personnalité dangereuse » en psychiatrie, le risque de violence ou la dangerosité individuelle n'est pas inhérent à la condition d'être « malade », le passage à l'acte en psychiatrie s'exprime davantage en

situation sociale et/ou en présence de facteurs activateurs ou révélateurs qui sont extérieurs à la maladie.

4.1.3 Situations dangereuses

Les situations sociales « dangereuses » représentent une appréhension d'une future perte de contrôle et sont liées à la peur qu'ont les intervenants de voir survenir dans le futur un danger. Comme cet agent de sécurité qui rapporte que souvent le danger survient lorsqu'il y a un manque de contrôle. Nous avons retenu dans les récits, le thème de la consommation élevée de drogue et les coupures administratives associées au changement qui s'est opéré dans l'organisation du contexte psychiatrique, comme des situations sociales susceptibles d'activer ou de générer le comportement agressif individuel des individus hospitalisés.

4.1.3.1 La présence de drogues dans l'unité

La consommation de la drogue dans l'unité est, pour la majorité des intervenants, une situation dangereuse dans la mesure où elle représente la cause des multiples agressions qui surviennent au sein de l'unité. C'est une problématique qui, selon les intervenants, a pour conséquence d'entraîner une instabilité au sein de l'unité, à la fois par l'agitation qu'elle peut créer chez les patients qui consomment que par les psychoses qui en sont induites, comme le souligne cette infirmière régulière en poste depuis 25 ans :

[...] avec les nouvelles molécules de drogues qui sortent, on a plus de patients qui sont plus agités qu'avant. Avant on avait des problèmes d'alcool, les gens arrivaient intoxiqués, mais c'était de l'alcool, tu leur donnais quand même une bonne soupe, ils prenaient une bonne douche et après ça ils se recouchaient pour dormir et puis, ça

passait..mais là ce n'est plus pareil. [...] Les façons dont les patients réagissent aussi c'est différent avec la drogue, ils ont moins peur, ils sortent plus, c'est différent qu'avant, ils sont facilement stimulables aussi.

Cette instabilité représente une des nombreuses craintes des intervenants; ils appréhendent de perdre le contrôle avec les gens qui consomment, autant des déresseurs (cannabis, hash), que des stimulants, comme le souligne une infirmière régulière de 25 ans d'expérience : *[...] on a une plus grande perte de contrôle avec les gens qui consomment.* Cette crainte est d'autant plus importante que la majorité de la nouvelle clientèle hospitalisée est aux prises avec des problèmes de consommation, comme le souligne cette infirmière régulière de 10 ans d'expérience : *[...] 80 % de la clientèle ont un problème de comorbidité avec la toxicomanie.* La consommation élevée dans les unités est considérée par les intervenants comme un fléau, notamment par l'augmentation du risque d'agression qu'elle entraîne, comme l'explique cet agent de sécurité en milieu psychiatrique :

Si je compare à mes débuts, les deux dernières années il y a eu une grosse augmentation. Des agressions du aux problèmes de consommation... C'est beaucoup relié à ça, je dirais [...] La drogue doit avoir un impact sur la médication qui est prise. Ça doit nuire au plan de traitement c'est certain. Pis ça doit avoir des impacts au plan comportemental.

Pour cette infirmière volante (à temps partiel), l'augmentation des agressions au courant des dernières années s'explique beaucoup plus par le facteur de la toxicité que par les symptômes de la maladie : *je pense que quelqu'un qui n'a pas de problèmes de santé mentale, quand il est intoxiqué, est aussi plus à risque de comportement violent.*

4.1.3.2 Les coupures administratives

Les coupures administratives sont intimement liées au changement qui s'est opéré au sein de l'organisation du contexte de soin psychiatrique ces dernières années, qui visait dans la diminution des effectifs de soins, dans l'augmentation de la sécurité, et dans la libération rapide des lits d'hospitalisation, une diminution des coûts économiques associée à l'hospitalisation et une orientation plus sociale dans la mission de réhabiliter les patients hospitalisés à l'extérieur des murs de l'hôpital, et ce, souvent au dépend du soin et de la qualité des soins offerts lors de l'hospitalisation. En effet, la majorité des intervenants considèrent comme potentiellement dangereux l'effet de ces coupures sur le quotidien de leurs pratiques. Un des principaux effets rapportés par les intervenants est la surcharge de travail lié à un faible ratio staff/patient. Cette surcharge nuit à la détection précoce des signes avant-coureurs, et peut ultimement mener à une aggravation de la colère et de l'agressivité de certains patients comme le souligne cette intervenante volante (à temps partiel) :

Les signes avant-coureurs sont assez décelables, mais je te dirais que les situations où on est pas capables de les désamorcer, c'est parce qu'on est trop surchargés : on a 6-7 patients (tu vois que quelqu'un ne va pas bien, mais là tu en as 4 autres qui se mettent dans ton chemin jusqu'à ce que tu te rendes à lui, et lorsque tu arrives, il est rendu trop élevé dans l'escalade et ça pète.

Pour l'agent de sécurité, la négligence des intervenants face aux besoins exprimés par les patients est associée principalement à la surcharge dont de nombreux intervenants se plaignent :

[...] en même temps y a aussi une réalité que le staff vit tsé c'est-à-dire je pense que le staff est au minimum et y a des coupures et les gens ont bcp de demandes ! c'est une

clientèle exigeante, si t'es pas capable de répondre à leurs besoins d'une façon adéquate, je pense que ça peut causer des problèmes il y a beaucoup de gens qui ont besoin de parler quand ils vont pas bien. J'ai déjà vu ça un intervenant qui dit à un de ses patients : 'non je vais pas bien, je suis occupée "j'ai déjà vu ça, pis c'est vrai qu'ils sont occupés, souvent, ils sont (réellement) occupés. Pis le refus, la frustration, mène à l'escalade. Y a plein de facteurs qui peuvent causer tout ça, pis qui n'est pas nécessairement juste leur maladie.

Une autre infirmière volante avec plusieurs années d'expérience en psychiatrie va dans le même sens en montrant que le fait d'être en surcharge de travail affecte la qualité des soins qu'elle offre : *si on travaille sur le département à personnel réduit, ça, c'est une situation potentiellement très dangereuse... parce qu'on ne serait pas capable de voir tous les risques. On va avoir des difficultés à faire la gestion du risque adéquatement.*

Le roulement de personnel constitue pour la majorité des intervenants une situation dangereuse dans la mesure où les intervenants doivent conjuguer avec d'autres intervenants moins expérimentés qu'eux, possédant peu de connaissances et de liens avec les différents patients de l'unité, comme le souligne une des préposés aux bénéficiaires :

[...] mais c'est ça qu'yé le plus dangereux, c'est de travailler avec des préposés ou même des infirmières sur des listes de rappel, non expérimentés et verbomoteurs.... J'en ai vu des listes de rappel où je me sentais moins en sécurité malgré que ce soit des grands gars baraqués, je me disais souvent 'lui là yé mieux de pas faire de quoi, sinon je vais perdre le contrôle'. Parfois (les réactions de certains) peuvent amener un client qui est fragile à exploser, parce qu'il va le faire verbaliser, mais c'est comme pas le temps, ça serait plus le temps de le calmer, de le laisser tranquille que de faire du blablabla pis de jaser avec, pis que la personne se pompe....pis après faut aller mettre le couvercle sur le chaudron" C'est pire avec les listes de rappels qui sont jeunes qui n'ont pas d'expériences pis qui sont verbomoteurs là, desfois ils auraient intérêt à être un peu plus sensibles... c'est lorsqu'il y a une nouvelle personne qui arrive, homme, femme ou

gardien de sécurité, grands ou costauds, ça n'a pas d'importance. Y en a qui ne sont ni grands, ni costauds, pis ils savent comment s'y prendre (pour gérer l'agressivité), pis y en a d'autres que je me dis "oh mon dieu".

Elle rajoute que le roulement de personnel représente une situation dangereuse en psychiatrie, notamment parce que les intervenants sur les « listes de rappel » connaissent très peu les patients sur l'unité et ont rarement eu le temps d'établir un lien de confiance avec ces derniers :

L'avantage c'est d'être temps complet dans une unité. Ils viennent à avoir un lien de confiance avec nous, c'est le roulement de personnel qui est dangereux, ça, c'est un facteur de risque. Un des plus gros, parceque' il ne nous connaisse pas... D'un coup qu'ils nous connaissent, ils vont nous reconnaître tout de suite par notre prénom, comment on est, notre seuil de tolérance, etc.

4.1.3.3 Manque de ressources à l'externe

Le manque de ressources à l'externe est une « situation dangereuse » pour de nombreux intervenants, qui peut entraîner soit un prolongement de l'hospitalisation ou une ré-hospitalisation imminente. Une infirmière volante avec 3 années d'expérience souligne ce constat :

Je crois qu'il est là le problème c'est qu'on a beau les mettre sur pieds ici on les envoie dans le vide souvent, moi je vis beaucoup de frustrations en ce moment, parce qu'il coupe. La psychiatrie citoyenne c'est ben beau, c'est ben cute pis on va les envoyer dans la société, mais avant de les envoyer dehors et faire en sorte qu'ils ne soient plus hospitalisés, il faut développer des ressources à l'externe pis ça se fait pratiquement pas.

Elle rajoute que l'attente d'une ressource à l'externe a pour effet d'augmenter les risques de désorganisation associée à des contacts fréquents avec d'autres consommateurs :

Je peux t'en nommer 5 patients qui sont ici parce qu'ils attendent une ressource pis même s'ils sont stables, ils restent «jammés » ici en attendant une ressource [...]. Ceux-là, je trouve que quand ils sont consommateurs c'est très néfaste et dangereux s'ils restent ici, parce que c'est un environnement dans lequel on apprend à rentrer de la drogue et ils en apprennent des trucs, des fois ils vont saboter leur congé, ils auraient été prêts à partir et là woh ils re-consomment et ils retournent en arrière.

Le danger représente dès lors non seulement un individu agressif qui passe à l'acte ou qui présente des facteurs de risque à l'agression, mais représente de manière plus générale des situations sociales qui sont susceptibles d'engendrer, d'activer et de générer le comportement violent individuel. Cette première partie nous a permis de voir que la manière dont les intervenants se représentent le danger en psychiatrie est influencée autant par des facteurs de risque individuels au comportement agressif que par des facteurs plus sociaux. Or, une contradiction émerge dans les discours, alors que la majorité des intervenants nient l'existence d'un lien entre le comportement violent et les individus atteints de troubles mentaux, ils insistent sur la forte présence du risque au travail, comme le souligne cette infirmière volante (à temps partiel) : *On est toujours à risque dans un centre hospitalier, on est toujours à risque de quelque chose, le risque on le gère de façon quotidienne ». Une autre infirmière régulière souligne : Il y a toujours un risque, toujours toujours toujours, toujours un risque, mais c'est un choix de travailler en psychiatrie et ce risque-là, il faut l'assumer, si on l'assume pas, on ne travaille pas ici (..).*

La prochaine section nous montre comment les intervenants composent au quotidien avec le risque au travail.

4.2 Perception du risque au travail

L'un des thèmes abordés avec les participants a été celui de la perception face au risque ou au danger inhérent à travailler en psychiatrie, dans une unité de soins aigus. Globalement, il ressort que le poste d'intervenant en psychiatrie représente un travail risqué pour la majorité des intervenants de proximité, et ce, particulièrement en raison du caractère inhabituel de la clientèle hospitalisée avec laquelle ils doivent composer : davantage de patients avec antécédents agressifs, délits criminels, patients reconnus comme non criminellement responsables, consommation exacerbée, et imprévisibilité.

4.2.1 *Postes et milieux de travail à risque*

La plupart des infirmières rapportent qu'il existe davantage de risques rattachés à certains postes et milieux de travail. En effet, les préposés aux bénéficiaires et les agents de sécurité sont considérés comme les intervenants les plus à risque, notamment en raison de leur forte exposition au risque d'agression comme le souligne cette infirmière régulière : *Moi je trouve que les personnes qui sont les plus à risque dans l'unité c'est les préposés, qui sont toute la journée en contact avec des patients. Quand y arrive une situation, c'est souvent eux qui sont en première ligne.* Les infirmières demeurent la plupart du temps dans leur poste de travail fermé. Les milieux de travail les plus risqués sont, selon la majorité des intervenants de proximité, les soins intensifs, l'unité de la déficience intellectuelle et l'urgence, en raison du caractère imprévisible de la clientèle hospitalisée. Pour cette infirmière régulière, on retrouve davantage d'instabilité et de crises dans les soins intensifs que dans les unités de soins aigus :

C'est sûr que si t'es aux soins intensifs (SI), là le potentiel de risque est pas mal plus

grand. Dès que les patients arrivent à l'urgence, en crise majeure, ils sont montés aux soins intensifs. [...] Si (le patient) se retrouve au SI, c'est qu'il n'est pas dans le même état que ceux qui se retrouvent dans les unités de soins aigus, il est plus en crise, plus psychotique... Dès qu'ils sont stabilisés, ils redescendent. Alors, tu vas avoir des réponses complètement différentes pour les infirmières aux SI. Elles sont beaucoup plus vigilantes et plus sévères.

4.2.2 L'expérience de la peur

Bien que le métier d'intervenant comporte des risques à différents degrés, plus de la moitié de notre échantillon rapporte ne pas se sentir en danger ou ne pas ressentir de la peur au travail, et ce, malgré les antécédents agressifs de certains patients (n=8). Une des infirmières volantes mentionne à cet effet que malgré la violence exprimée par un patient, elle ne ressent pas la peur d'être à ses côtés : même s'il a défoncé une porte d'isolement, je ne suis pas stressée d'être à côté (du patient). Il est intéressant de noter que la peur est une émotion qui est souvent réprimée ou niée par les intervenants de proximité, notamment chez les infirmières, dans le sentiment de se trouver « forte » de travailler en psychiatrie. Même que suite à une agression ciblée, une infirmière volante avec très peu d'expérience en psychiatrie avoue ne pas se sentir en danger, mais plus prudente et vigilante à l'égard des risques potentiels :

Je ne me sens pas en danger, avant j'avais une petite voix qui me disait de faire « attention », parfois je l'écoutais, d'autres fois non, maintenant, cette voix est plus présente, et je suis juste plus prudente. Mais ça ne veut pas dire que tu as davantage peur ou que tu te sens plus en danger, mais tu es juste plus prudent. C'est peut-être comme ça que je dirais que je me sens, juste plus prudent et donc meilleure pour intervenir.

Une infirmière régulière avec plus de 25 ans d'expérience rapporte qu'il est impossible de

travailler en psychiatrie si l'on est paralysé par la peur : de toute façon, je crois que les gens qui ont peur ne devraient pas rester ici. Nous pouvons penser que le déni de la peur agit ici comme une protection symbolique entre les intervenants, les protégeant d'un sentiment d'insécurité qu'entraînent certaines situations ou personnes dangereuses au sein de l'unité.

Fait intéressant, même si la majorité dit ne pas se sentir en danger de manière générale à l'intérieur de l'unité, la majorité avoue avoir déjà eu peur en face de certains patients de l'unité comme le souligne cette infirmière régulière de 25 ans d'expérience : *des fois juste le regard d'une personne, je me disais qu'il fallait que ça soit une autre personne qui intervient. Il y a des gens que tu le sais tout de suite.* Une autre infirmière régulière avec 10 ans d'expérience va dans le même sens en disant que la peur est un sentiment qui se ressent davantage devant certains patients qu'un sentiment généralisé au travail : *parfois il peut arriver des gens qui ont un comportement dérangeant, et je n'ai pas peur. Mais d'autres fois, quelqu'un peut passer et crier, et je peux avoir peur. J'ai développé un sens qui me permet de sentir la sorte d'impulsivité.* D'autres rapportent avoir « eu peur » uniquement en début de carrière, et/ou après avoir été victime ou avoir vu des agressions se produire devant eux. Cette infirmière volante (à temps partiel) raconte son expérience « anxigène » de début de carrière : *au début je longeais les murs, j'étais dans le corridor en bas, je n'étais même pas sur l'unité pis je longeais les murs... pis j'avais dit à la personne qui m'accompagnait : je pense pas que je vais rester longtemps ici, là je la regardais et j'avais l'impression d'être sur une autre planète.*

Une première contradiction émerge au sein des différents discours sur le risque : alors que la majorité ne ressent pas le danger ou la peur dans l'unité, et rapportent n'avoir jamais vécu d'agressions physiques au travail ou avoir été très rarement témoins, comme cette infirmière de plus de 25 ans d'expérience qui affirme : *Je travaille à l'hôpital depuis 28 ans et c'est la troisième agression dont je suis témoin. [...] Je n'ai jamais vu personne se faire frapper. Y a eu des moments où l'on pensait que ça pourrait arriver, mais sinon non*, tous ou presque vont rapporter travailler dans un environnement risqué et occuper un poste à risque. Ce paradoxe se retrouve dans le discours de nombreux intervenants, qui affirment que le risque de violence est en augmentation ces dernières années, notamment en lien avec le facteur de la toxicité qui est en hausse, pour ensuite rapporter dans les entretiens avoir été rarement confrontés directement ou indirectement à un patient agressif, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires avec plus de 25 ans d'expérience en milieu psychiatrique : *J'ai été chanceuse de ne pas m'avoir fait agressée, j'ai une bonne étoile, un ange gardien* ou cette infirmière volante qui rapporte : *Je n'ai jamais vu personne se faire frapper. Il y a eu des moments où l'on pensait que ça pourrait arriver, mais sinon non.*

4.2.3 Attitudes à l'égard du risque au travail

Au-delà de la compréhension qu'ont les individus du danger et du risque, les expériences du danger et de la peur demeurent quant à elles variables entre les intervenants, comme le souligne cette infirmière volante :

Il y a les signes avant-coureurs qui sont inscrits dans ton plan de soin pour tel client, je pense que tout le monde va être vigilant face à ça. Par contre, l'expérience du danger et

de la peur est différente : on se sent pas en danger au même degré disons[...]. Je pense aussi que ta perception de la dangerosité d'un individu est teintée de ton expérience personnelle. Il y a ce que l'on apprend, il y a peut-être un petit peu d'objectif là-dedans, mais il y a aussi toute notre expérience personnelle.

Une infirmière régulière avec plusieurs années d'expérience va dans le même sens :

Je pense que [la perception du risque] c'est une expérience personnelle. Ya des gens plus anxieux, qui ont plus peur, il y a des gens qui sont plus sûrs d'eux et tout dépendant d'où tu te situes aussi du [lieu] [...]. L'expérience de la peur, c'est comme la douleur. Ce n'est pas tout le monde qui vit la douleur de la même manière.

En effet, face au risque d'agression, certains intervenants auront une attitude plus confiante que d'autres et choisiront de se méfier des risques inhérents au métier sans pour autant demeurer paralysés par la crainte des risques potentiels d'agression. Le mot d'ordre consiste à faire preuve de vigilance et de prudence face au risque d'agression ; et chose plus importante encore, c'est d'accepter et de tolérer la présence du risque. Pour ces intervenants, il est toujours possible de rendre l'environnement plus sécuritaire, soit par l'augmentation de la sécurité, de la vigilance, de la surveillance ou par l'amélioration des ressources organisationnelles et externes qui sont à la base, déficitaires. Les intervenants soulignent notamment que le ratio staff/infirmière devrait être amélioré, que les ressources à l'externe doivent être plus nombreuses; qu'une expertise et une formation en toxicomanie devraient être fournies aux intervenants; ils s'insurgent du nombre peu élevé de chambres fermées pour les patients, et du manque de communication entre les travailleurs, affectant ainsi leur niveau et leur degré de vigilance dans l'unité. Ainsi, ces différentes conditions réunies et la vigilance maintenue demeurent pour les intervenants, les pré-conditions d'un faible sentiment de risque au sein de l'unité.

D'autres iront jusqu'à banaliser la présence du risque au sein de l'unité, en disant que le risque « fait partie de la vie ». Comme cette infirmière régulière qui rapporte que le risque d'agression est davantage présent à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'unité : *Y a plus de chances de se faire agresser sur la rue que dans l'unité. Pour cette infirmière avec 25 ans d'expérience, la présence du risque n'est pas plus forte au sein de l'unité, elle se situe « partout » : Ce n'est pas le fait qu'on travaille en psychiatrie qu'il y a un risque, partout où on est, on peut être dans la rue et quelqu'un pourrait nous frapper.*

Alors que d'autres diront qu'il est impossible d'éliminer ou de diminuer le risque au travail et qu'un état d'hypervigilance et de surveillance constante au travail est nécessaire, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires de plus de 25 ans d'expérience :

Quand j'entraîne les gens qui sont engagés ici, je leur dis toujours : quand tu rentres sur un département où tu travailles, t'ouvres tes trois paires d'antennes, tes douze paires d'oreilles, pis tes quatre paires d'yeux autour de la tête. Il faut toujours être vigilant avec les patients [...]. On essaie de tout voir, de tout surveiller, mais des fois on en échappe et c'est tout à fait normal, c'est humain.

Ce discours orienté sur l'hypervigilance semble se retrouver davantage chez les préposés aux bénéficiaires et chez les agents de sécurités qui sont directement confrontés au risque d'agression, lorsqu'une escalade de violence prend forme dans l'unité. Une préposée avec plus de 25 ans d'expérience va dans ce sens : *ici je fais beaucoup plus de surveillance et je joue un petit peu à la police, et je cadre plus que dans les autres unités de soins aigus [...]*

4.2.3.1 Perception du risque maîtrisable

Les intervenants qui perçoivent le risque comme étant maîtrisable sont souvent ceux qui acceptent et tolèrent la présence du risque et la présence de situations limites dans l'unité; ils les apprivoisent et les assument sans craindre la menace d'un danger potentiel. Une infirmière permanente montre l'importance que prend la gestion du risque dans son travail quotidien: *C'est une grosse partie de notre job d'apprendre à « dealer » avec les risques et à les déceler justement, pis à mettre des choses dans la place pour justement limiter les dangers, pour pas qu'on se rende à un évènement dangereux.* Ces intervenants rationalisent et prennent conscience de l'agressivité comme d'un cas isolé et de la faible prévalence des agressions dans l'unité. Cette infirmière volante montre comment l'agressivité et le comportement agressif lorsque rationalisé, lui permet de moins ressentir la présence du risque sur l'unité. Une infirmière régulière va dans le même sens : *Un coup que tu as compris que la personne a fait son crime, après c'est relativement rare que la personne va recommencer sur les unités, c'est rare, quand on parle de patients criminalisés, par expérience c'est très rare. Si ça recommence et si le crime est violent, on envoie le patient à Pinel.* Ce sentiment que le risque est « maîtrisable » limite ainsi son contrôle à tout prix, comme le souligne cette infirmière régulière de plus de 10 ans d'expérience :

On peut pas toujours être hyper vigilant. [...] Dans l'unité, ce sont des jeunes, on ne peut pas leur demander d'avoir un comportement comme s'ils en avaient 40. [...] Je pense qu'il faut les laisser aller, être plus tolérant et donner un peu plus de corde, jusqu'à un certain point. Parce que si tu essaies d'être trop militaire, trop sévère, ça ne marche pas [...]— il ne faut pas mettre de l'huile sur le feu, faut juste calmer et rassurer la personne.

Pour plusieurs infirmières, le risque semble plus maîtrisable lorsque l'agressivité est perçue comme étant prévisible, brisant ainsi leur perception du danger pouvant survenir à tout moment. Le danger contrairement au risque semble survenir uniquement dans les situations où il y a impossibilité de désamorcer les signes avant-coureurs ou de les détecter. Cette infirmière volante traduit bien ce constat : *[...] je te dirais que c'est les situations où on est pas capables de les désamorcer qui sont dangereuses*. Souvent les situations « dangereuses » sont liées soit à une surcharge de travail des infirmières et à un ratio déficitaire infirmier/patient les empêchant de faire une gestion des risques adéquate et de développer un lien thérapeutique avec les patients de l'unité. Nous retrouvons davantage ce discours chez les infirmières volantes et chez celles régulières que chez les préposés et les agents de sécurité. La prochaine rubrique montre les facteurs qui influencent la perception du risque comme maîtrisable chez ces différents intervenants.

4.2.3.1.1 Facteurs qui influencent la perception du risque comme maîtrisable

La perception que le risque peut être maîtrisé et contrôlé est influencée par différents facteurs. Un des facteurs retenus par les individus est le sentiment de sécurité et de non-vulnérabilité vécu au sein de l'unité. Pour certains ce sentiment est influencé par le fait de n'avoir jamais été victime d'une agression dans le passé, comme pour cette infirmière régulière de 10 ans d'expérience qui rapporte que son sentiment de sécurité dans l'unité est associé au fait de n'avoir jamais été « agressée » :

Si j'avais été victime d'une agression majeure, je serais peut être différente, mais je me dis que ça ne me donne rien d'avoir peur à priori. J'ai une collègue qui a été victime

d'une agression assez grave d'un patient à l'urgence, pis c'est sûr qu'elle est plus fragile s'il arrive un autre évènement.

La communication entre les membres de l'équipe, la stabilité de l'équipe, le développement d'un lien thérapeutique avec les patients de l'unité apparaissent aussi pour la plupart, comme d'autres conditions importantes pour se sentir en sécurité au sein l'unité et pour diminuer les risques potentiels.

En effet, pour la majorité des intervenants, le lien de proximité et de confiance qui se noue entre l'intervenant et le patient apparaît comme une condition essentielle pour diminuer les risques potentiels et se sentir en sécurité, comme le souligne cette infirmière volante : *avec une bonne alliance thérapeutique, on vient de s'enlever selon moi un bon 90 % de chance pour le risque d'agression.* L'équipe est un facteur clé dans la manière de percevoir et de composer avec le risque d'agressivité au travail, comme le souligne cette infirmière régulière de 10 ans d'expérience : *tu sais qu'avec certains de tes collègues tu vas te sentir plus en sécurité, en confiance, qu'avec d'autres.* Une autre préposée aux bénéficiaires rajoute : *Plus que la clientèle individuellement, c'est les personnes avec qui tu travailles qui crée ton sentiment de confiance et de sécurité.* L'instabilité au sein de l'équipe a pour effet d'augmenter les tensions du personnel au patient. Cette infirmière régulière de 10 ans d'expérience affirme qu'elle peut travailler avec n'importe quelle clientèle si l'équipe est solidaire :

Parce que la psychiatrie, c'est un milieu qui peut être insidieux, ça peut t'influencer sans que tu t'en rendes compte. Je pense qu'il y a quand même des personnes en détresse qui travaillent en psychiatrie et qui ne s'en rendent pas compte. Nous on exige de nos patients qu'ils fassent preuve d'auto critique, qu'ils reconnaissent leurs symptômes, qu'ils admettent leurs difficultés, mais moi je pense que en tant qu'intervenant il faut

appliquer cette même règle-là, à soi-même. Le danger c'est de glisser là dedans et d'appliquer des règles différentes.

4.2.3.2 Perception du risque difficilement maîtrisable

À l'inverse, de ceux qui perçoivent le risque comme facilement maîtrisable, d'autres auront un discours plus « pessimiste » et catastrophique sur la présence du risque à l'intérieur de l'unité (n=4). Ce discours « pessimiste » prône que tous les patients portent en eux une menace puisqu'ils sont tous potentiellement à risque de causer des dommages sur eux-mêmes ou sur autrui. Les préposés aux bénéficiaires, l'agent de sécurité et quelques infirmières volantes semblent posséder une perception du risque plus élevé que les infirmières régulières. Une préposée aux bénéficiaires souligne à cet effet:

C'est un monde en soi l'unité, qui peut être potentiellement dangereux ... Moi je le dis tout le temps à des nouveaux, tu fais toujours attention, toujours. Pourquoi ? Parce que tu ne sais jamais quand ça va sauter. On a des petites bombes à retardement dans la place, pis on en a pas juste une... j'en ai 28. J'ai 28 personnes, j'ai 28 petites bombes à retardement [...] Toutes les situations dès qu'il y a un peu de tensions peuvent être dangereuses [...] On ne sait jamais ce qui peut se passer.

L'agent de sécurité en milieu psychiatrique rajoute également qu'il ne se sent jamais à l'abri de rien : *On n'est à l'abri de rien, tout peut arriver pareil, on aura beau faire le maximum pis il peut arriver quelque chose. C'est sûr.* Une autre préposée aux bénéficiaires rapporte un sentiment élevé du risque au travail :

C'est sûr qu'après 25 ans, on se dit tout le temps, il y a toujours des craintes malgré qu'on connaisse la bâtisse, qu'on connaisse l'unité, les personnes. C'est sûr que ça sécurise aussi que je connaisse des membres du personnel, mais quand même, la dynamique d'une unité, ça inspire des craintes... la psychiatrie c'est pas comme un changement de couches (rires) on nous confie des choses qui sont explosives et

imprévisibles.

Une infirmière volante avec peu d'expérience en psychiatrie souligne également : *tu n'es jamais à l'abri d'une surprise.*

Ces discours évoquent l'arbitraire, l'incontrôlable, l'imprévisibilité quant à la présence du risque et du danger dans les unités en psychiatrie. Si le risque est perçu comme une catastrophe irrépressible, ne pouvant être maîtrisée, l'intervenant se sent vulnérable et les actions sont perçues comme étant inopérantes, comme le souligne cette infirmière volante avec quelques années d'expérience : *on ne pourra jamais jamais jamais éliminer les risques. On ne peut pas connaître les limites de chacun, il peut tout arriver.* Pour ces intervenants, la présence du risque est élevée notamment en raison du potentiel agressif qui se retrouve chez 'tout le monde', comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires :

Il y a toujours un potentiel chez tous les patients qui sont ici, même s'il mesure 5 pieds ou 4 pieds 3, qu'il soit costaud ou pas, ça peut être une petite madame qui a l'air bien frêle, le potentiel agressif est sur tout le monde, tout le temps, faut toujours en tenir compte, faut toujours toujours toujours. Faut toujours être vigilant, parce qu'on ne sait jamais.

Dans les discours catastrophiques et pessimistes sur le danger, l'agressivité demeure sans cause, le danger est imprévisible, et peut arriver à tout instant. Les discours « fatalistes » sur le risque se déploient souvent par des scénarios catastrophiques, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires :

Je pourrais me faire sauter dessus par un patient nowhere parce qu'il m'a vue et ce que je porte c'est du rouge et que je représente le diable. [...] Il y a souvent des signes, mais faut faire attention parce que des fois des personnes peuvent ne pas en avoir aussi, elle

peut te faire un beau sourire pis se revirer de bord pis te fourrer un coup poing en plein dans le front, pis ça vient de s'éteindre, pis tu t'étends à terre.

Une des préposées aux bénéficiaires souligne : *une personne peut ne pas avoir de facteurs de risque et passer à l'acte.[...]Même quand tu connais ton patient, il peut être imprévisible.*

On remarque que les préposés aux bénéficiaires et l'agent de sécurité se fient davantage à leur instinct pour prédire la présence du risque au travail que les infirmières régulières, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires : *Faut être extrêmement sensoriel, sentir l'énergie, on sent beaucoup les gens, les gens qui sont pas intuitifs et qui sont trop terre-à-terre, tant qu'ils ont pas entendu une menace, ils vont penser que la personne n'est pas menaçante.* Un autre préposé aux bénéficiaires souligne que ceux qui n'usent pas de leur instinct ne sont pas « à la bonne place » : *Je pense qu'il faut beaucoup se servir de son instinct, il faut beaucoup marcher avec ça, pis ça les gens qui disent « non », je pense qu'ils sont dans le tort, sont pas à la bonne place.* Certains intervenants se diront superstitieux, surtout les préposés aux bénéficiaires. Par exemple, un des préposés aux bénéficiaires croit que ce sont dans les nuits de plein de lune que l'énergie est à son apogée et que le danger peut survenir à tout instant:

Il y a des périodes de pleine lune, où on sent la tension, il y a de l'électricité dans l'air. [...] On sent l'énergie, moi je la sens, je le dis, demain ou ce soir, telle personne va sûrement se retrouver en isolement, pas juste en observation, mais en isolement et j'arrive le lendemain et la personne est en isolement.

4.2.3.2.1 *Facteurs qui influencent la perception du risque difficilement maitrisable*

L'analyse des résultats fait ressortir que ceux qui possèdent un fort sentiment de vulnérabilité personnelle et un rapport angoissant à l'incertitude ont davantage tendance à user d'un discours 'pessimiste' quant à la présence du risque dans l'unité. Comme cette répondante qui rapporte que sa manière de composer avec le risque au travail est le reflet de la manière dont elle prend en charge l'incertitude au quotidien, par le contrôle :

Moi je vais te donner un exemple, le soir après minuit je ne sors jamais toute seule, chez nous mes portes sont barrées, ma porte de moustiquaire est toujours barrée. Au chalet je suis pareil. Je le sais que le risque est là. La façon dont je me sens dans l'unité c'est la même chose qu'à l'extérieur tsé, le risque est toujours là de toute façon. Je prends mes préventions. [...] J'ai été élevée comme ça, quand t'es chez vous, tu barres les portes pis s'il y a quelqu'un qui appelle que tu ne connais pas, ben tu ne réponds pas. J'ai été élevée comme ça. Je suis la même personne dans l'unité. Je n'ouvre pas la porte à n'importe qui, chez nous comme dans l'unité. À l'unité c'est pareil, si on regarde la caméra pis on ne reconnaît pas le visage de la personne ben on va aller à l'entrée.

L'inexpérience au travail est un des facteurs qui augmente le sentiment de vulnérabilité personnelle et d'anxiété chez les intervenants, et qui s'explique par la méconnaissance des patients de l'unité et du fonctionnement du contexte de soins. Pour cette infirmière volante, le début de sa carrière a été parsemé de « peur » et de « méfiance » :

[...] quand je suis arrivée ici je n'avais pas d'expérience. Les premiers jours j'étais beaucoup sur mes gardes. Je ne connaissais pas les clients. C'était un autre monde, un autre milieu. J' étais pas tout à fait à l'aise. Ça a pris peut-être quelques jours, peut-être deux, trois jours. Là, je savais leurs noms, je savais les diagnostics, je savais un petit peu l'histoire. Quand j'ai su, quand j'ai connu un peu plus les cas et tout, c'était OK.

Les expériences antérieures d'agressions peuvent également jouer sur le degré de tolérance, et d'acceptabilité du risque et sur le sentiment de vulnérabilité personnelle. Cette infirmière

volante va dans ce sens en affirmant que les intervenants ayant vécu des expériences antérieures d'agression ont une tolérance zéro face au risque d'agression.

J'ai travaillé avec une fille qui a été agressée par une cliente. Elle avait une tolérance presque zéro pour cette cliente là carrément. De la minute où elle observait un comportement inhabituel chez cette cliente, elle rentrait dans le poste et elle disait : "moi je vous dis, j'interviens plus avec elle-là". Elle ne se mettait pas du tout en danger ou en situation à risque parce qu'elle l'avait déjà vécu, alors que moi, je me sentais apte à intervenir. Je ne dis pas que je n'étais pas vigilante, mais je ne ressentais surement pas la même chose qu'elle.

Or, au-delà du sentiment de vulnérabilité personnelle, nous observons que l'utilisation de ce discours est aussi présent : 1) lorsqu'il y a méconnaissance de la clientèle et 2) un fort degré d'exposition au risque et privation de l'information.

La méconnaissance de la clientèle crée un sentiment de méfiance, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires : *quand tu ne connais pas tes patients, tu prends tes distances, c'est dur à expliquer, mais tu ressens les énergies et tu restes tout le temps plus méfiante quand tu ne les connais pas.* Nos résultats montrent également que ceux qui sont exposés quotidiennement au risque d'agression (ex. : les préposés aux bénéficiaires et les agents de sécurité) ont davantage tendance soit à vivre des agressions ou à être témoins d'acte de violence et à posséder un discours plus « pessimiste » sur la présence du risque au travail. Certaines infirmières volantes qui sont en début de carrière ou qui possèdent un fort sentiment de vulnérabilité personnelle présentent également un discours plus pessimiste que les infirmières plus régulières.

4.3 Réactions face au risque perçu

Les principales mesures de sécurité et de prévention qu'utilisent les intervenants pour faire face au risque perçu, sont le retrait à la chambre (n=8), les changements de chambre (n=6), le retrait en chambre d'observation (n=7), l'administration d'une médication (n=8), les fouilles (n=1), la surveillance (n=6), et les mesures d'isolement avec ou sans contentions visant le retrait de l'individu dans une chambre fermée à clé. Ces différentes mesures sont utilisées en fonction du degré de risque perçu chez un individu : plus un individu présente un fort potentiel de dangerosité, plus des mesures préventives et de sécurité seront utilisées pour diminuer le risque de passage à l'acte agressive et violente. Les prochaines rubriques font ressortir les récurrences et les divergences entre les différents récits des intervenants de proximité concernant les différentes pratiques de gestion du risque.

4.3.1 Travail du double rôle

Nos résultats font ressortir également le thème du double rôle qu'occupent toutes les infirmières de notre échantillon. En effet, la majorité des infirmières vont déplorer le fait de devoir occuper quotidiennement un double rôle (sécurité/soins) dans leurs pratiques. Une infirmière volante (à temps partiel) traduit bien cette dualité :

Je sais pas des fois, je sais pas elle est où la ligne, pis je trouve ça ben embêtant et ça me dérange, dans des contextes comme on a en ce moment, où il y a de la consommation c'est un peu la nouvelle psychiatrie du futur, et je trouve que c'est pas nécessairement rassurant dans le sens, où il n'y a rien qui est mis en place tant que ça... on procède à des fouilles, pis moi procéder à une fouille je comprends le rôle que je dois assurer, c'est-à-dire assurer une sécurité pis je suis d'accord avec ça, mais des fois ça dépasse notre rôle [...]. J'essaie de me dégager de ce rôle-là, mais des fois t'es pogné là-dedans,

pis ce double rôle-là je le trouve dérangent, je trouve que ça déborde de nos tâches.

Ce double rôle semble prendre plus de place pour une clientèle hospitalisée majoritairement composée d'individus aux pris avec des problématiques de consommation et d'individus non criminellement responsables. En effet, la majorité des intervenants, rapporte une augmentation des hospitalisations liées à des psychoses induites par la drogue chez une clientèle non criminellement responsable, placée sous la main de la justice (sous TAQ). Une préposée aux bénéficiaires avec plus de 25 ans d'expérience mentionne bien ce constat :

Comparativement à quelques années, je dirai il y a 10-15 ans, la clientèle a beaucoup changé ici à l'hôpital. Avant on avait de tout, pis aujourd'hui avec les changements de 1er-2ème et 3e ligne, ben c'est sûr que la clientèle la plus tranquille, elle va ailleurs. Pis ici nous autres, on a les cas les plus lourds. Pis moi je remarque que les jeunes entre autres, sont de plus en plus drogués, de plus en plus cocké, il y a beaucoup plus de drogue et d'alcool qui circulent. Ce n'est plus juste du pot, du hash ou de la coke, c'est du crack, des amphétamines et un paquet d'autres cochonneries. Pis même le pot et le hash, c'est beaucoup plus fort que quand j'avais 20 ans. C'est donc de plus en plus violent dans nos unités et plus de risques d'agression aussi.

La problématique de la toxicomanie amène de nombreuses zones d'ombres non seulement lorsqu'il est question d'établir un diagnostic de psychose (beaucoup de psychose induite par la consommation), mais aussi dans la manière d'intervenir au quotidien. Cette infirmière volante s'inquiète du rôle que s'octroie la psychiatrie dans la prise en charge des patients consommateurs et du manque d'expertise des intervenants en la matière :

Surtout que dans notre mandat ce n'est pas un centre de désintoxication, on est un hôpital. S'ils veulent arrêter (de consommer), on va les encourager et on va les diriger vers des ressources, mais ce n'est pas notre mandat (de les obliger à arrêter). Notre mandat c'est d'assurer la sécurité fac de consommer sur un département de psychiatrie

avec 26 autres personnes, c'est dangereux [...] Tsé, juste des unités de 27 personnes je trouve que ça a pas d'allure.. Moi j'appelle ça l'école du crime ici, c'est comme aller en prison pis ressortir avec plein de trucs.

L'augmentation des fouilles, du contrôle et de la sécurité sont des solutions envisagées par la majorité des intervenants pour faire face au risque d'agression et à l'instabilité qu'entraîne la forte consommation de drogue sur l'unité. Cette infirmière régulière souligne bien ce constat : *Il faut souvent exercer un contrôle et intervenir rapidement pour éradiquer la crise et la propagation de la substance sur l'unité. L'aspect des fouilles est peut-être l'aspect nouveau qui fait que les gens ont l'impression que l'hôpital est un milieu où les gens sont dangereux.* Une autre infirmière volante admet que les agents de sécurité deviennent les piliers nécessaires pour faire face au risque d'agression, faute de ressources : *Les agents de sécurité, je trouve que ça donne une image très prison... j'suis pas à l'aise avec ça.. Mais des fois je pense que c'est nécessaire parce qu'en même temps on n'est pas assez outillés. On doit utiliser ce qu'on a et quand ça devient trop extrême là.*

4.3.2 Pratiques de contrôle

Les mesures de sécurité ont pour but à la fois de contrôler et de prévenir les risques d'agression. Une des mesures de sécurité utilisées en psychiatrie est la chambre d'isolement avec ou sans contentions. Son utilisation est exceptionnelle, c'est-à-dire uniquement en présence d'une personne « dangereuse » à l'égard d'elle-même ou d'autrui lorsque cette dernière est à risque de porter préjudice. Or, on observe une variabilité de réponses concernant l'utilisation des mesures de contrôle entre les intervenants de proximité ; passant

principalement par des justifications de sécurité et de prévention. Nos résultats font ressortir d'autres facteurs qui semblent influencer sur l'utilisation des pratiques de contrôle tels que : la méconnaissance de la clientèle, l'intolérance de l'intervenant et/ou de l'équipe de travail, l'épuisement, la non-collaboration du patient et l'absence de proximité et d'un lien thérapeutique avec les patients.

Alors que la principale justification de l'IC dans la littérature est la sécurité, plusieurs répondants rapportent que l'utilisation des mesures de contrôle sert davantage à la prévention qu'au contrôle des comportements déviants. Ces résultats concordent avec l'étude voulant que les mesures de contrôle soient davantage utilisées pour prévenir un risque d'agression que pour gérer des comportements agressifs (Kaltiala-Heino et al. 2003 cité par Larue et al. 2009). Une infirmière volante donne l'exemple d'un individu qui consomme et qui, par mesure de sécurité, peut se retrouver en chambre d'isolement :

[...] ouais bien le client a consommé, s'il revient et qu'il a consommé et qu'il ne se sent pas bien, on le met en isolement par mesure de sécurité. [...] Fait que c'est ça, un client qui va se présenter et qui a consommé, il risque d'aller en chambre d'isolement, mais c'est pas à titre punitif, c'est juste pour l'avoir à l'œil, pour être sûr que tout est O.K. On ne sait souvent pas ce qu'ils ont consommé avant d'arriver, y a des risques reliés à ça.

Une autre infirmière volante rajoute parallèlement au commentaire de sa collègue :

Il y a tellement de choses, c'est pas nécessairement l'agressivité qui va faire que tu va te ramasser dans une chambre d'isolement ça peut une désorganisation trop importante, ça peut être des idées suicidaires, de la consommation, de l'automutilation, mais c'est vraiment pas toujours agressivité = chambre d'isolement. C'est plutôt le risque de poser préjudice point. Envers soi-même ou les autres, mettons que quelqu'un de complètement désorganisé ça peut être une dame de 85 ans qui est juste pas là .. qui rentre dans la

chambre de tout le monde et qui commence a prendre du stock pis a l'amener partout et plus elle fait ça, plus la tension monte, pis un moment donné il y a quelqu'un qui pète sa coche, donc l'isolement c'est aussi pour protéger les autres et ça inclue ça la désorganisation.

Une autre infirmière permanente va dans le même sens en affirmant que l'utilisation des mesures de contrôle sert davantage à titre préventif que dans un but de contrôler directement l'agressivité :

Si je sens que la personne est vraiment tendue et qu'elle va sauter, je vais le mettre en isolement pas de contraintes, parce que je veux pas qu'il sorte, le temps que le PRN va faire effet. Je vais barrer la porte. On le voit souvent, en fds pour prévenir l'acting out... pour qu'il prenne le contrôle tsé.

Certains mentionnent qu'ils tendent de moins en moins à utiliser l'isolement, mais à défaut de ressources satisfaisantes, ou d'alternatives efficaces, ces mesures demeurent leur unique choix, comme le souligne cette infirmière volante : *On tend de moins en moins d'utiliser l'isolement parce qu'à la limite ça peut faire un peu barbare parce que ça demeure associé a l'asile, mais des fois, justement vu le manque de ressources, vu le peu de choses qui sont pas en place, c'est le moyen qu'on a pour assurer la sécurité, on a pas le choix.*

Certains patients se retrouvaient en isolement après avoir été menaçants, et non collaboratifs. De plus, il semble que l'auto-critique, le fait de dire la vérité et l'introspection sont des signes qui prédisent un sain rétablissement. Ces résultats vont dans le même sens que les conclusions que tire Goffman (1967 : 361) dans son ethnographie sur l'univers du « reclus » (du patient) dans une institution psychiatrique ou « totalitaire » : *« le malade doit se montrer docile et respecter la psychiatrie ; celui qui se comporte ainsi verra, en récompense, ses conditions*

d'existence améliorées tandis que celui qui s'y refuse se verra sanctionné par la réduction des avantages dont il jouissait ».

L'épuisement est également un facteur déclencheur des pratiques contrôles. Dans cet extrait, la chambre d'isolement est utilisée en raison de l'épuisement des intervenants à l'égard d'une patiente « siphonante »:

On a déjà envoyé une personne en isolement parce qu'elle était vraiment siphonante, juste elle là, elle en valait 15, quand elle est partie, on fait OUF, une petite jeune madame début vingtaine [...]... c'est pas les grands gaillards costauds c'est pas ça qui est siphonnant, l'épuisement vient de ceux qui font beaucoup de demandes continuellement [...] Nous autres là on est des êtres humains aussi, ça peut nous faire perdre patience, pis dire à un client : là là ça suffit plus bêtement, plus catégoriquement (moi je ne suis pas bête de nature) qu'on l'aurait fait en d'autres temps.

Parmi les facteurs invoqués chez les intervenants pour justifier l'utilisation des mesures de contrôle, tels que la sécurité, la prévention et parfois l'épuisement, la méconnaissance de la clientèle et le sentiment de peur ressortent aussi comme des facteurs déclencheurs dans l'utilisation des mesures de contrôle. Cette infirmière avec un poste permanent va dans le même sens en affirmant que l'émotion de peur qu'elle ressent à l'égard d'un patient est amplifiée par sa méconnaissance, ce qui influence inévitablement la sévérité de ses interventions :

Quand je suis arrivée à l'unité, à ma première fin de semaine, j'avais un patient qui était limite et j'étais avec deux préposés, filles et une infirmière fille. On était 4 filles. La sécurité était à 5 minutes de marche et 3 minutes et demi en courant. Ce patient-là, j'ai dû le mettre en isolement, pis je sais très bien que je l'ai laissé plus longtemps parce que j'avais peur. Après une heure, je pense qu'il était en contrôle pis je l'ai gardé une heure de plus, parce que je ne me sentais pas en sécurité. Pis je m'en suis rendue compte

après, probablement son isolement aurait été plus court, mais ça a biaisé mon jugement, je ne connaissais pas la clientèle.

Les intervenants dans un contexte de soins intensifs sont reconnus comme étant plus sévères que dans les autres unités. L'impossibilité de développer un lien thérapeutique suivi d'une méconnaissance d'une clientèle qui change constamment, composée majoritairement de patients instables et en crises, semblent expliquer la forte utilisation des pratiques de contrôle chez les intervenants aux soins intensifs (SI) , comme le souligne cette infirmière régulière :

Les infirmières, aux SI sont beaucoup plus vigilantes. Le filet de sécurité est plus élevé, tu es beaucoup plus sévère quand tu ne connais pas les patients. Ils ne peuvent pas faire de téléphones sauf quand c'est autorisé. Quand ils sont en isolement, ça peut durer jusqu'à 7 jours. Ils peuvent aussi manger dans la chambre d'isolement, ils peuvent avoir des surveillances constantes. Il y a toujours quelqu'un qui les regarde, 24 heures sur 24.

La tolérance au risque ou « l'acceptabilité du risque » influence également les pratiques de contrôle. Pour cet agent de sécurité, le fait d'être tolérant, d'être sensible à l'Autre, influence sa manière d'intervenir : [...] *ça dépend de ta perception, de ta sensibilité, jusqu'où t'es prêt à tolérer ça. Tu sais quoi, on est souvent mis face à soi même lors des interventions avec la clientèle... Face à sa tolérance, face à qui on est .* Il rajoute que la tolérance est aussi associée au lien qui se noue avec le patient : *Cette personne va dégager des messages que tu as rencontré socialement, avec ta famille tes amis. Dans ce sens, quand on arrive à l'intervention, on est souvent confronté parfois à soi-même 'comment on réagit dans une situation, c'est souvent le reflet de nous dans le quotidien ou de qu'est ce qu'on nous a fait dans le passé.* En effet, il arrive que les intervenants deviennent « intolérants » en face de

certains patients, particulièrement ceux qui leur font « peur » ou ceux qui sont perçus comme étant insupportables; ils deviennent dès lors plus contrôlant, comme le souligne cette infirmière régulière : *Tu vas rencontrer quelqu'un, son attitude, son énergie, son comportement, tu vas te dire : je suis pas bien, il me fait peur, il me met mal à l'aise. Quand tu viens pour intervenir, c'est sûr que ça va influencer : tu vas montrer la chambre d'isolement plus rapidement, par exemple.* Or, l'intolérance peut aussi mener à des pratiques d'abstinence, comme le souligne cette infirmière volante :

J'ai travaillé avec une fille qui a été agressée par une cliente, elle avait une tolérance presque zéro pour cette cliente-là carrément. De la minute où elle observait un comportement inhabituel chez cette clientèle, elle rentrait dans le poste et elle disait : 'moi je vous dis, j'interviens plus avec elle là'. Elle ne se mettait pas du tout en danger ou en situation à risque parce qu'elle l'avait déjà vécu.

Une tendance émerge de ces résultats, à l'effet que ce n'est pas tant l'attitude de tolérance ou d'intolérance de l'intervenant à l'égard du patient qui va affecter les pratiques de gestions du risque, que la qualité du lien établie avec le patient. Comme le rappelle cette infirmière régulière :

Dire qu'une situation est à risque, c'est le jugement de la personne, si la personne va être plus tolérante ou non tolérante. Pis peu importe la situation, y a une conséquence à ça : ni bonne ni mauvaise. L'intervenant peut être tolérant : le patient peut se calmer, ou peut continuer dans l'escalade. L'intervenant peut être intolérant : le patient peut péter tout de suite, ou éviter l'escalade, ça dépend du patient.

4.3.3 Lien thérapeutique

Le lien thérapeutique est un thème particulièrement éloquent dans la mesure où la réciprocité qui se noue entre un intervenant et un patient, n'est pas une fonction directe de la

position sociale de l'intervenant, ni de son degré d'exposition au risque et de son sentiment de vulnérabilité personnelle, mais d'un lien particulier qui se crée entre un intervenant et un patient, qui permet d'adapter ses interventions.

En effet, la majorité des répondants vont souligner l'importance du lien thérapeutique dans la prise en charge du risque. Il arrive souvent qu'entre certains intervenants et patients, se nouent une réciprocité et une complicité qui permettrait à l'intervenant d'intervenir de manière plus adaptée, comme le souligne cette préposée aux bénéficiaires :

Des fois on dirait que certaines personnes t'adoptent, tu ne sais pas pourquoi, alors que d'autres ne sont pas capables de te voir en peinture, c'est correct aussi. L'unité où on se trouve, c'est un univers en soi, c'est un petit monde en soi, pis c'est le même monde qu'ailleurs, tsé je veux dire, des fois tu as des matchs' qui se font naturellement, pis il y a des matchs qui ne se font pas, parce que ça ne marche pas, t'as pas d'atomes crochus [...] Faut pas forcer les choses, faut respecter cette limite-là aussi, pis tsé avec certains patients au contraire ça coule de source pis ça va bien, pis y en a d'autres que non. Il ne faut pas forcer les choses, faut être capable de se retirer.

L'acceptation de ses limites demeure pour la plupart des intervenants une condition essentielle pour « mieux » intervenir : *Non tu n'auras jamais un lien avec certains patients, mais d'autres infirmières elles vont l'avoir, et avec d'autres tu l'auras. Ça ne s'explique pas, on ne le sait pas [...]. On a tous chacun nos limites, pis avec certains patients j'ai des limites et je me dis que je ne serai pas thérapeutique.*

Autrement dit, il semble qu'au-delà des signes physiques observables qui permettent aux intervenants d'identifier un individu comme à risque, c'est davantage la présence d'un lien de

réciprocité et de complicité entre un intervenant et son patient qui semble influencer les pratiques de contrôle. Cette infirmière volante exprime bien cette conclusion à savoir, que malgré les signes d'agitation que présente son patient, c'est davantage le lien établi avec ce dernier qui va influencer sa prise en charge :

[...] tu vois l'autre qui se promène pis qui saute un peu partout, lui tu les vois les signes précurseurs, même si y'a la mèche courte, tu vois aussi qu'il est capable de se contrôler pas mal. tsé c'est un show, mais tsé je trouve qu'il fait plus de théâtre qu'il passerait à l'action. Tu vois jusqu'où il peut aller, parce que la première fois c'est impressionnant parce que tu te dis « aillolle y saute partout ! pis il a un de ces regards »... mais au bout de quelques jours tu vois qu'il a des limites. Il y en a qu'on n'aurait pas connu (les patients) et avec qui on n'aurait pas agi de la même façon pis ils auraient peut-être fait la chambre de contention... on n'agit pas de la même manière avec chaque cas en les connaissant.

En d'autres mots, le lien développé entre un intervenant et son patient lui permet de mieux comprendre les intentions de son patient et de mieux saisir sa manière d'interagir et d'être au monde.

En conclusion, nous avons relevé les récurrences et les divergences intra et inter intervenants pour les trois angles d'analyse identifiés à l'aide de notre observation : 1) représentations de la dangerosité 2) perception du risque au travail et 3) réactions face au risque perçu. Nous avons souligné en dernière partie, l'importance du lien thérapeutique dans les décisions d'isolement et de contentions. En effet, les résultats nous permettent d'avancer qu'au-delà des signes observables, des facteurs de risque « objectifs » identifiés par les intervenants, et de la perception du risque au travail, c'est davantage la qualité du lien thérapeutique établi avec un patient qui influence l'intervention et les pratiques de gestion du risque des intervenants. Le

prochain chapitre articulera nos résultats avec la littérature scientifique, et explorera le sens derrière les nombreuses récurrences, divergences et contradictions soulevées tout au long de ce chapitre.

Chapitre 5

Discussion des résultats

Le risque d'agression est une réalité à laquelle les intervenants doivent composer quotidiennement et sur laquelle de nombreuses études se sont penchées. L'identification des facteurs de risque à l'agression et au comportement agressif est devenue la priorité de plusieurs études cliniques, qui recherchent dans l'objectivation du risque, un élément fiable pour soutenir le jugement clinique des intervenants. Plusieurs échelles ont été ainsi développées pour les intervenants pour les aider à mieux détecter le comportement agressif²⁵. Or, ces études cliniques mettent souvent en biais le sens qui est accordé à la dangerosité et au risque par les intervenants en sous-tendant que leurs perceptions, puisque variables sont irrationnelles et limitées. La surestimation ou la sous-estimation du risque par les individus d'un même milieu sont le résultat, selon ces auteurs, d'heuristiques ou de « rationalité limitée » conduisant certains à prendre des décisions trop rapides quant au risque ainsi identifié (Coccoza 1975 ; Monahan 1997, Tserksky & Kahneman 1981, Slovic et al.1982; Sjoberg 2000). C'est la raison pour laquelle la majorité des études se sont penchées sur le développement d'échelles de détection précoce, sur l'identification des facteurs de risque des

²⁵ Différentes échelles actuarielles et d'estimation structurées ont été développées par les experts pour aider les intervenants à mieux détecter le comportement agressif avant qu'il ne survienne, en identifiant les signes avant-coureurs et les facteurs de risque individuels au comportement agressif (Millaud 2005). On retrouve parmi les échelles actuarielles les plus connues, la *Violence Risk Appraisal Guide* (Webster, Harris, Rice, Cormier & Quinsey, 1994) la *HCR-20* (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) et la *Violence Risk Scale* (Wong & Gordon 2006). Plus un individu possède un score élevé, plus il est à risque de récidive. Parmi les échelles d'estimation structurée, nous retrouvons la *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA) (Ogloff & Daffern, 2006) qui permet de prévenir le comportement agressif à court terme en identifiant sept comportements individuels « à risque ». En fonction de l'absence ou de la présence de ces comportements, le degré du risque sera estimé en parallèle avec le jugement clinique de l'infirmière : léger, moyen ou élevé.

populations à risque et des profils d'individus « dangereux » pour ainsi systématiser les différentes représentations et pratiques de gestion du risque, suite aux nombreux abus qui ont été rapportés dans l'histoire de la psychiatrie (Castel 1983 Protecteur du citoyen 2011). Les études actuelles auront davantage tendance à définir le risque par des critères statistiquement valides qu'à comprendre la place qu'occupe le risque dans la quotidienneté des individus. Massé (1998) souligne à cet égard, que les nombreuses études qui ont été publiées au cours des dernières décennies sur le risque adoptent des méthodologies quantitatives qui éludent bien souvent le discours des individus et des communautés quant à la place du risque et de l'incertitude dans leur quotidien : « la production scientifique exprime mieux un discours savant sur le risque qu'une sensibilité au vécu quotidien [...], plus une théorisation sur qu'à partir du risque et des savoirs et pratiques populaires. » (Massé 1998 : 14).

Notre étude nous a permis de voir le côté inexploré, caché et éludé de ces études quantitatives, en explorant le point de vue des intervenants, c'est-à-dire la manière dont ils se représentent le danger et le risque en psychiatrie, l'interprètent et mettent en œuvre des stratégies de gestion du risque. Nous prenons pour acquis que ces différentes représentations ne sont pas irrationnelles, et qu'elles sont au contraire essentielles pour mieux comprendre certains abus et certaines pratiques ayant pu survenir dans le domaine psychiatrique, surtout en ce qui concerne l'utilisation des mesures de contrôle.

Les prochaines sections discuteront en premier lieu de l'articulation entre savoirs profanes et experts sur la question de la dangerosité individuelle ; et aux critères qui permettent d'identifier un « individu dangereux » en psychiatrie, ainsi que sur le lien entre violence et

santé mentale. Nous déclinons ensuite les facteurs qui interviennent dans la construction sociale du savoir populaire associée au risque d'agression, en montrant que la connaissance des symptômes, des signes et des facteurs de risque « objectifs » à l'agression n'est pas suffisante pour expliquer la complexité de la manifestation « agressive ». En second lieu, nous discuterons de la perception du risque au travail chez les intervenants, et les facteurs qui sous-tendent la perception du risque élevé au travail notamment chez les infirmières volantes (à temps partiel), les préposés aux bénéficiaires et l'agent de sécurité. Finalement, les raisons sociales qui justifient les pratiques de contrôle en psychiatrie seront présentées ainsi que le sens qui sous-tend les différentes pratiques de gestions du risque entre les intervenants quant à l'utilisation du contrôle. Nous montrerons pour conclure, l'importance du lien thérapeutique, et de la reconnaissance sociale entre un intervenant et son patient sur les décisions cliniques de mise en isolement avec ou sans contention.

5.1 Savoirs profanes sur le risque en psychiatrie

Pour la majorité des intervenants de proximité, une personne est reconnue « dangereuse » non seulement en fonction des signes d'agressivité qu'elle présente envers elle-même ou autrui, mais aussi en fonction du risque perçu. Ce risque est représenté pour la majorité des intervenants, par la présence de signes avant-coureurs (antécédents agressifs, atteinte frontale ou personnalité limite) ou de symptômes qu'un individu présente : le changement de sa symptomatologie habituelle, de son apparence physique (démarche, visage, regard) ou une gradation dans son comportement (isolement, impulsivité, agitation, propos incohérents, désorientation, voix mandatoires avec ordre de violence). Ces signes ou

symptômes représentent la potentielle dangerosité d'un individu, c'est-à-dire la probabilité qu'il a de passer à l'acte dans le futur. Les résultats montrent que les réponses relatives à l'évaluation de la dangerosité d'un individu sont similaires inter et intra-intervenants. Autrement dit, indépendamment de la position sociale occupée dans le milieu professionnel des intervenants (infirmière, préposés, ou agent de sécurité), les critères retenus pour qualifier le risque de violence sont similaires. D'autant plus qu'ils concordent avec ceux identifiés par le savoir expert²⁶. Ainsi, le danger que présente un individu, n'est pas uniquement associé à son agressivité ou à sa violence dans l'immédiat, mais au risque qu'il a de commettre dans le futur, un passage à l'acte agressif et violent. Cela va dans le sens de la définition que propose Castel (1983) sur la notion de dangerosité qui ne présuppose pas la présence d'un danger précis pour qualifier un individu de « dangereux », mais d'une association de facteurs qui rendent plus ou moins probable la venue d'un comportement indésirable, ou dangereux. Ainsi, la dangerosité d'un individu représente à la fois « l'affirmation de la présence d'une qualité immanente au sujet (il est dangereux) et une simple probabilité, une donnée aléatoire, puisque la preuve du danger ne sera donnée que dans l'après-coup, si le passage à l'acte a effectivement lieu » (Castel 1983 : 120). Pratt (2001) va dans le même sens en montrant qu'historiquement, un individu était qualifié de « dangereux » uniquement en fonction du nombre de crimes commis, alors qu'aujourd'hui, il signifie tout individu à risque de commettre un passage à l'acte dans le futur. La naissance de la psychiatrie criminelle a

²⁶ Les principaux facteurs de risque associés à la récidive ou au comportement violent des individus hospitalisés retenus dans la littérature scientifique sont les antécédents violents, la consommation de drogue, la présence de symptômes tels les délires de persécution, grandioses, mystiques, les délires de contrôle, les hallucinations impérieuses avec ordre de violence, les idées de violence, la rigidité cognitive, l'impulsivité, une symptomatologie aiguë, l'association d'idées homicides et suicidaire (Gravier 2005; Millaud & Dubreucq 2005).

également permis d'élargir le concept d'individu « dangereux » par l'imbrication d'une nouvelle catégorie d'individu que sont les « fous » (Foucault 1981). Ainsi, nos résultats montrent que la construction sociale de l'individu dangereux va de pair avec l'élargissement du sens qu'une société donne au danger, en y incluant dorénavant les individus à risque sans antécédents agressifs, et se donne comme le reflet plus large d'une époque moderne, dans laquelle une plus grande sensibilité au danger, à la violence personnelle, et aux agressions est revendiquée par les individus. (Foucault 1981 ; Pratt 2001).

La « folie » représentait à l'époque classique, et au début de la modernité une « dangereuse » maladie, qui est imprévisible de nature, et possiblement violente dans ses manifestations (Foucault 1981). Or, la différence est telle que dans la psychiatrie classique l'individu dangereux était associé au simple fait d'être « fou », alors qu'aujourd'hui, l'individu est reconnu comme « dangereux » en fonction de la présence de signes et de facteurs de risque à l'agression. Ce constat va dans le sens de nos résultats : les intervenants n'associent pas « l'individu dangereux » à une condition mentale altérée, ou à la présence d'un trouble psychique.

5.1.1 Contradiction entre danger et risque

Alors que la majorité des études actuelles vont nier l'absence d'un lien significatif entre « l'individu dangereux » et la « santé mentale », elles soulignent toutefois que le risque de violence est plus élevé chez les individus avec troubles mentaux que dans la population générale (Millaud 2005 ; Gravier 2005 ; Senon 2009). Nos résultats vont dans le même sens

que ces études. Ainsi, les intervenants nient l'existence d'un lien étroit entre « santé mentale » et « violence », mais associeront presque intuitivement « problématique de santé mentale » et « risque élevé de violence ». Le paradoxe est tel qu'il se retrouve dans de nombreux discours des intervenants qui rapportent une forte augmentation du risque d'agressivité ces dernières années dans les milieux cliniques, en affirmant n'avoir jamais ou très rarement été témoins ou victimes d'agressions ces dernières années. Ils affirment également que les individus hospitalisés sont plus à risques d'être violents que dans le passé. Ce paradoxe se retrouve également dans de nombreuses publications qui soulignent à la fois la forte probabilité ou le fort risque de comportement agressif chez les individus atteints de troubles mentaux et la faible prévalence des passages à l'acte violent et agressif dans la réalité : 2 % des individus avec troubles mentaux passent réellement à l'acte, 95 % des crimes sont commis par des personnes qui n'ont pas de problématique de santé mentale, et 90 % des suicides sont associés à des individus ayant des troubles mentaux (Roelandt 2009 ; Millaud 2005 ; Gravier 2005).

Alors que les études épidémiologiques postulent bien souvent la présence d'un risque plus élevé chez les individus atteints de troubles mentaux, elles ne chercheront pas à comprendre le paradoxe que nous venons de soulever (les individus hospitalisés sont à risque élevé de comportement agressif et la faible prévalence de passage à l'acte dans la réalité). Ces études, en postulant un risque élevé chez les patients atteints de troubles mentaux, visent plutôt à identifier les facteurs de risque individuels et à développer des échelles actuarielles pour ainsi prévenir le comportement agressif, qu'à rechercher le sens qui sous-tend le concept même de danger en psychiatrie. Nos résultats montrent à l'inverse de ces études, que les intervenants

possèdent une réflexivité sociale qui va bien au-delà de la seule connaissance des symptômes ou des facteurs de risque individuels, même si ces connaissances font partie intégrante de leurs savoirs sur le risque. Selon les intervenants, si les individus hospitalisés sont plus à risque de violence que la population générale ce n'est pas du fait de leurs troubles mentaux, comme le rapportent certaines études, le risque d'agression est exacerbé notamment par des situations sociales en psychiatrie qui interviennent directement sur l'expression et la manifestation de l'agression. La forte consommation de drogue chez les patients, la nouvelle clientèle hospitalisée, et les coupures administratives sont des facteurs qui viennent exacerber le risque de violence des individus et le sentiment du risque plus élevé chez les intervenants. Cette dimension de la réflexivité est ancrée dans une prise de conscience moderne des intervenants quant aux causes sociales à l'agression et sur l'insuffisance du savoir expert à expliquer la complexité des manifestations « agressives » en psychiatrie. Concernant le savoir populaire associé au risque, une des intervenantes permanentes souligne ce constat en affirmant que *toutes les crises psychotiques ou les agressions possèdent une histoire et ont un sens* . L'analyse montre que la construction populaire du « danger » en psychiatrie est profondément réflexive, dans le sens où sa construction passe par une réappropriation et un recul critique face au savoir expert, et est profondément sociale, influencée par un milieu clinique avec un système local et global de valeurs, par une organisation des soins particulière, et par une dynamique de négociation entre les membres d'une équipe de soins et l'administration.

Nous présentons ici quelques-unes des situations sociales qui interviennent dans la construction populaire du danger chez les intervenants.

5.1.2 Au-delà des signes objectifs du danger : les situations dangereuses

5.1.2.1 Facteur de la consommation de drogue

Le facteur de la toxicité comme premier thème des situations sociales « dangereuses » semble être la cause de l'augmentation des agressions au sein du milieu psychiatrique selon les intervenants. La circulation de la drogue devient dès lors, une situation « dangereuse », car elle entraîne des comportements plus imprévisibles, et un risque plus élevé d'agression. Selon les intervenants, une augmentation des individus hospitalisés aux prises avec une problématique de toxicomanie semble expliquer l'augmentation du risque d'agression ces dernières années en psychiatrie. Alors que les symptômes d'intoxication apparaissent comme un facteur de risque principal dans l'explication des agressions (Millaud 2005) la question même de la toxicité qui affecte la majorité d'une clientèle hospitalisée dans une unité de premier épisode psychotique est problématique dans un contexte de soins psychiatriques. Plusieurs intervenants se questionnent sur le rôle de la psychiatrie dans la prise en charge sociale des patients toxicomanes, n'ayant ni les ressources nécessaires pour les traiter, ni l'expertise adéquate pour les prendre en charge; plusieurs se plaignent du double rôle dans lequel ils se trouvent, affectant la majorité de leur temps à la sécurité et à la surveillance plutôt que sur le soin psychiatrique qui devrait être offert. L'augmentation de la sécurité et de la surveillance ; les fouilles quotidiennes, et la présence accrue de la sécurité sur l'unité, sont la résultante selon les intervenants d'une clientèle hospitalisée majoritairement toxicomane et non criminellement responsable, sous TAQ (sous la tutelle du tribunal administratif du Québec).

5.1.2.2 Coupures administratives

Les coupures administratives sont associées à une diminution des effectifs de soins, à un roulement plus important du personnel dans l'unité, à une diminution des coûts associés à l'hospitalisation, à une libération plus rapide des lits d'hôpital, et à un manque de ressources à l'extérieur de l'hôpital. Ces situations représentent des « situations » sociales dangereuses autant pour les intervenants que les patients dans la mesure où elles viennent limiter la qualité des soins offerts, et le développement d'un lien thérapeutique durable entre un intervenant et un patient, qui s'avère à être une condition essentielle, pour diminuer les risques potentiels d'agressions, et augmenter le sentiment de sécurité dans l'unité.

Concernant l'augmentation du risque d'agression, les intervenants soulignent que si le risque d'agression est plus présent qu'avant, c'est davantage le résultat des changements sociaux qui se sont opérés au sein de l'organisation du contexte de soins : davantage de patients aux pris avec une problématique de toxicomanie, et plus de coupures administratives qui limite la possibilité de prendre « le temps » avec les patients, que le constat épidémiologique qui associe individus avec troubles mentaux et risque élevé d'agression.

5.2 Perceptions du risque au travail

5.2.1 Dénier de la peur

Alors que la majorité des intervenants rapportent une augmentation du risque d'agression au travail au cours des dernières années, ils rapportent toutefois, ne pas ressentir

de la peur au sein de l'unité, et s'autovalorisent par l'idée qu'il faut être « fait fort » pour travailler dans ce milieu. L'idée que la vulnérabilité et la peur au travail soient perçues comme des signes de faiblesse concordent avec l'étude de Duclos (1987) sur la perception du risque des miniers de fonds. Ces miniers rapportent un « déni du risque sous terre » tout en étant conscients de la forte présence du risque sous terre. Or, contrairement à l'étude de Duclos (1987), la perception du risque au travail des intervenants s'accompagne pour certains, d'un sentiment de déni (n=2), d'un sentiment de réalisme (n=4) et d'une dramatisation du risque (n=5). Le contrôle et la vigilance demeurent pour la majorité des intervenants, des attitudes à adopter pour gérer le risque d'agression. Ces stratégies défensives sont des attitudes que les personnes développent dans l'illusion de pouvoir contrôler et maîtriser les risques, et visent selon Burton-Jeangros (2004) et Desjours (1980) à chasser l'angoisse et la peur.

5.2.2 Profils des intervenants : dramatisation, banalisation et maîtrise du risque

Alors que tous les intervenants nieront ressentir de la peur au sein de l'unité, nos résultats montrent l'existence de trois profils types d'individus dans notre échantillon : ceux qui dramatisent la présence du risque au sein de l'unité (n=5), ceux qui la banalisent ou la nient (n=2) et ceux qui possèdent un sentiment de contrôle et de maîtrise du risque (n=3). On observe que les préposés aux bénéficiaires (n=2), les agents de sécurité (n=1) et certaines infirmières volantes (n=2) ont une perception du risque plus élevée et un discours plus dramatique quant à la présence du risque que les infirmières régulières (n=4).

À la lumière des résultats, le discours « dramatique » que l'on retrouve chez certains

intervenants est souvent lié à une conception du danger qui ne possède pas de cause, dans laquelle le comportement agressif survient de manière aléatoire et incontrôlée. Le sentiment d'insécurité et le sentiment du risque deviennent dès lors exacerbés par cette conception du danger sans cause, dans laquelle les possibilités d'actualisation du risque que présente un individu dans la réalité sont le produit de l'aléatoire, de l'accidentel. Dès lors, tout semble être à risque puisque le danger est synonyme d'incertitude dira Peretti-Watel (2001). C'est cette perception du risque, qui à l'aube du XIXe siècle, a permis aux premiers aliénistes d'institutionnaliser la folie par des pratiques d'enfermement et de stérilisation pour éliminer le risque que représentaient tous les « fous » (Castel 1983).

5.2.3 Facteurs qui influencent les perceptions du risque

5.2.3.1 Sentiment de vulnérabilité

Le premier facteur retenu pour expliquer le sentiment du risque élevé au travail est le sentiment de vulnérabilité personnelle de l'intervenant, qui se manifeste par un rapport ambigu et trouble à l'égard de l'incertitude quotidienne : le « risque » étant partout, ne pouvant être ni contrôlé, ni maîtrisé; il est perçu comme étant inévitable et bien souvent imprévisible. Ce sentiment de vulnérabilité personnelle est exacerbé en fonction de différents facteurs qui ont été retenus par les intervenants : l'inexpérience au travail, les expériences antérieures d'agressivité, la méconnaissance de la clientèle, les médias, le sentiment de vulnérabilité sociale et la méconnaissance de la clientèle. Ces facteurs ont tendance à faire augmenter le sentiment de vulnérabilité personnelle, et à infléchir une tendance à surestimer la présence du risque dans l'unité, comme le suggère une étude de Kouabenan (2002) sur les risques routiers,

qui montre que les chauffeurs les moins expérimentés, et ceux ayant été accidentés antérieurement surestiment souvent la présence du risque sur la route.

La méconnaissance de la clientèle a été retenue dans les récits des intervenants, particulièrement chez les infirmières volantes (à temps partiel), les préposés aux bénéficiaires et les agents de sécurité, comme un des facteurs déclencheurs de leur sentiment de vulnérabilité personnelle au sein de l'unité. Les infirmières volantes, en raison de leur poste temporaire qui leur a été conféré, sont amenées à changer régulièrement d'unité ou à y travailler de manière occasionnelle, se plaignent de leur incapacité à développer une relation et un lien thérapeutique durable avec leurs patients. Elles rapportent également ressentir plus de « peur » face à certains patients du fait qu'elles ne les connaissent pas. La non- participation aux réunions interdisciplinaires des préposés et des agents de sécurité, au sein desquels l'historique du patient est présenté, semble exacerber leurs attitudes à l'égard du risque au travail, et leur sentiment de méfiance à l'égard de certains patients, dont ils ne connaissent ni l'histoire, ni leurs antécédents, ni leurs facteurs de risque, et ni les causes de leur entrée à l'unité.

Selon Coupechoux (2006), l'utilisation d'un discours fortement « pessimiste » se retrouve dans de nombreux récits médiatiques lorsqu'il est question de montrer l'existence d'un lien étroit entre la violence et la présence d'un trouble mental. Or, en omettant de leurs histoires les causes « sociales » ou le contexte ayant mené à l'agression, ces discours « fatalistes » peut infléchir chez certains individus, des discours dramatiques et de « peur » quant au lien

« violence » et « santé mentale ». Des titres retrouvés dans les quotidiens tels que la Presse : « violence à l'institut Philippe-Pinel de Montréal » et des affiches placardées partout dans les hôpitaux psychiatriques incitant les intervenants à dénoncer la violence des patients, tendent à reconduire l'ancienne équation fou = dangereux de la psychiatrie criminelle du XIXe siècle, que l'on a tenté de défaire par les campagnes de déstigmatisation et d'information sur la santé mentale (Coupechoux 2006). Tous ces éléments ont tendance à dramatiser la présence du danger et à augmenter le sentiment d'insécurité, tant dans la population générale que chez certains intervenants.

Le sentiment de vulnérabilité personnelle peut aussi être associé de manière plus large à une enveloppe sociale déficitaire, au sens de Paicheler (1997) qui montre que les individus qui évoluent dans un milieu social insécurisant ressentiront davantage d'insécurité. Les infirmières volantes qui possèdent un poste temporaire, ne faisant pas partie intégrante de l'équipe de soin peuvent ressentir un sentiment d'insécurité plus important, dû à la méconnaissance qu'elles ont à la fois des membres de l'équipe de soin et des patients de l'unité. Selon nos résultats, le sentiment de sécurité personnel s'avère étroitement lié au sentiment de sécurité sociale. La solidarité et la bonne communication entre les membres de l'équipe s'avèrent des conditions essentielles pour le sentiment de sécurité personnelle.

5.2.3.2 Degré d'exposition du risque

Le deuxième facteur influençant la forte perception du risque est le degré d'exposition au risque de l'intervenant, qui touche particulièrement les préposés aux bénéficiaires et les

agents de sécurité. Nos résultats montrent que ces intervenants possèdent un discours qui est davantage orienté sur la « dramatisation du risque » que les autres intervenants. Ces résultats concordent avec ceux de Massé (2007) sur la perception du risque associée au virus H1N1. Il observe que les individus qui sont davantage exposés au virus H1N1 par les contacts fréquents avec d'autres personnes dans le cadre de leurs travaux ou loisirs percevaient davantage de risque de contagion du virus que les personnes âgées qui sortaient très peu de leur domicile.

5.3 Pratiques de gestions du risque

5.3.1 Utilisation des mesures de contrôle

Nos résultats montrent que les intervenants utilisent des mesures de contrôle non seulement dans un but de contrôler un danger imminent tel que l'agressivité d'un patient, mais aussi dans un but de prévenir et de maîtriser le risque d'agression. Ces résultats vont dans le même sens que l'analyse que fait Beck (2001) à propos de l'importance du risque dans la société du risque actuel, comme un évènement non encore survenu, qui motive les décisions et les actions quotidiennes des individus : « Dans la société du risque, le passé perd sa fonction déterminante pour le présent. C'est l'avenir qui vient s'y substituer, et c'est alors quelque chose d'inexistant, de construit, de fictif qui devient la cause de l'expérience et de l'action présente » (Beck 2001 : 214). Cette analyse concorde également avec l'étude finlandaise qui montre que l'utilisation des mesures de contrôle est davantage motivée par la perception d'un risque de danger que par un passage à l'acte agressif et violent (Kaltiala-Heino et al.2003 cité par Michaud & Morin 2003). Nos résultats vont dans le même sens, en montrant que les interventions psychiatriques sont davantage basées sur le degré de risque perçu chez les

patients, qu'en fonction de l'agressivité ou de la violence exprimée par un individu : un patient à haut risque de dangerosité sera plus rapidement pris en charge, soit par des mesures de contrôle (chimiques ou physiques), ou par des mesures de prévention (ex. : changement de chambre, retrait en chambre d'observation, surveillance étroite, fouilles). Le glissement qui s'est opéré de la dangerosité au risque a été démontré par Castel (1983) et Foucault (1981) qui montrent que les interventions judiciaires, psychiatriques et politiques du XIXe siècle agissent davantage dans un but de prévention et de protection, que de réparation des dommages survenus . Pratt (2001) souligne à cet effet : « on ne calcule plus la dangerosité (d'un individu) uniquement sur la base des infractions antérieures d'un individu, mais en fonction de la nécessité de protéger la population contre des criminels du genre » (Pratt 2001 : 108).

5.3.1.1 Discours social du contrôle

Okin (1985) et Rice (1989) montrent que les variations qui existent dans le domaine psychiatrique quant à l'utilisation des mesures de contrôle dépendent plus largement d'une définition sociale de la dangerosité qui est propre à certains milieux et institutions. En effet, ces auteurs font la démonstration que certains milieux et institutions sont plus sévères et contrôlants que d'autres, notamment en fonction du degré de tolérance à l'agressivité et du sens social accordé à la violence qui semblent déterminer la manière dont les individus vont composer quotidiennement avec le risque d'agression. Ces auteurs remarquent que les intervenants de certains milieux font usage du contrôle uniquement lorsqu'il y a présence d'un danger imminent (ex. lors de l'expression d'un comportement agressif ou violent) alors que les intervenants d'autres milieux vont user du contrôle lorsqu'il y a perception d'un risque ou

d'une menace.

La manière dont le risque et le danger sont définis à l'intérieur d'une « micro-société » relève selon Duclos (1987) d'une construction sociale qui détermine plus largement les pratiques et les actions des intervenants. Selon Duclos (1987 1996), le discours social sur le danger est un discours normatif qui a pour fonction de prévenir « symboliquement » les relations entre les individus d'un milieu particulier, par la création d'un environnement cohérent entre eux (Duclos 1987, 1996). Il rajoute toutefois, qu'à l'intérieur de ce discours social élaboré par les individus sur le risque, il peut co-exister d'autres arguments différents, voire contradictoires. Selon Duclos (1987) et Laplantine (1999), le discours des représentations « sociales » ou celui du discours « normatif », constitue une entité homogène et monolithique qui consiste à sélectionner et à éliminer certains discours qui divergeraient du récit dominant, et ce, de « façon à rétablir le mode de perception prévalant auparavant dans le collectif » (Duclos 1987 : 36). Duclos (1987) ajoute que le contexte peut organiser de manière si organique les perceptions des individus que seuls ces derniers peuvent être en mesure d'y introduire d'autres modèles de la réalité (qui vont à l'encontre des perceptions collectives, et ce, tout en s'y insérant).

À notre avis, la question du lien thérapeutique qui se noue entre un individu et son intervenant tend à expliquer les différences qui semblent exister entre certaines pratiques individuelles et le discours majoritaire sur le risque, discours qui justifie les pratiques de contrôle en fonction du risque identifié. Même si un patient présente des facteurs de risque à l'agression, c'est

d'avantage la présence ou l'absence d'un lien entre l'intervenant et le patient, qui déterminera l'orientation que prendront les pratiques et les interventions des intervenants. En d'autres mots, le fait d'être informé et de posséder des connaissances quant au risque et au danger ne suffit pas nécessairement à faire adopter des pratiques plus adaptées. Ces résultats vont dans le sens des études en sciences sociales associées à la notion de risque, où les différentes stratégies de gestion du risque des individus ne sont pas une fonction directe de l'information dont ils disposent sur le risque, ni ne sont exclusivement déterminées par le savoir expert (Duclos 1987, 2003 ; Burton-Jeangros 2004, Massé 2007, 2009, Douglas et Wildavsky, 1982, Lipworth et al. 2010, Peretti-Watel 2001, 2010, Calvez 2004).

Les résultats montrent également qu'au-delà de la perception ou du sentiment du risque au travail, c'est davantage le lien de réciprocité et de complicité qui se noue avec le patient qui semble expliquer les différences entre les stratégies de gestion du risque utilisées par les intervenants. En d'autres mots, les individus qui possèdent une forte perception du risque au travail ne sont pas plus contrôlants que ceux qui « banalisent » la présence du risque au travail. Un intervenant peut avoir une perception élevée au travail, et posséder un bon lien avec son patient ; lien qui l'empêchera de le qualifier comme étant à risque.

5.3.2 Entre soins et contrôle : l'importance du lien thérapeutique et de la reconnaissance sociale

Les résultats montrent que malgré la présence de facteurs de risque au comportement agressif identifié par les intervenants (agitation, intoxication, crises, voix mandatoires qui

ordonnent de faire du mal à autrui ou à soi-même, etc.), l'intervention sera différenciée entre les intervenants en fonction de la connaissance, de la reconnaissance et du lien de réciprocité développé entre un intervenant et son patient. C'est-à-dire qu'un individu peut présenter des facteurs de risque à l'agression, et ne pas se retrouver en isolement en raison du lien qu'un intervenant aura développé avec son patient, lien qui lui permet de saisir son angoisse, son anxiété ou simplement sa manière d'être dans le quotidien. Il ne sera dès lors pas identifié comme étant à risque par l'intervenant. À l'inverse, un individu peut se retrouver en isolement, et ce, même en l'absence de facteurs de risque au comportement agressif. Par exemple, les résultats montrent que l'épuisement des intervenants ainsi que la peur qu'ils ressentent à l'égard de certains patients peuvent mener à des interventions moins adaptées, ou plus contrôlantes. Cette peur est ressentie uniquement à l'égard de certains patients et ne se ressent pas comme un sentiment de peur généralisée. L'acceptation et le respect de ses limites en tant qu'intervenant, demeure une condition essentielle pour intervenir de manière plus adaptée. Certains intervenants témoignent même du côté transcendantal ou phénoménologique que permet la rencontre entre deux individus, lien qui se développe de manière naturelle, et sur lequel nous n'avons pas toujours le contrôle.

La connexion entre deux individus et les liens qui subsistent dans l'espace clinique sont en fait, le reflet des relations et des liens qui émergent dans l'espace social dira Saillant (1999). Fortin (2011) rajoute que l'espace clinique est un espace social qui fait intervenir plusieurs acteurs de différentes positions sociales et où se confronte, à l'image d'une société, une pluralité de valeurs personnelles, d'éthiques professionnelles, et de moralités différentes autant religieuses, ethniques, professionnelles et économiques. Ainsi, le sentiment de réciprocité, de

complicité ou d'antipathie qui émerge entre deux individus, se construit indépendamment d'une obligation sociale ou administrative de « traiter » au sens du « cure », ou de prévenir le risque, la connexion entre deux individus tire son essence davantage dans une altérité intersubjective et phénoménologique plus radicale, qui pose la question plus fondamentale de l'identité et de la reconnaissance. Ces résultats mettent en lumière l'importance accordée au lien intersubjectif ou à la possibilité de créer un tel lien dans un espace clinique donné, lien qui permet également la diminution des risques potentiels. La question de la relation et du lien thérapeutique n'est pas une interrogation nouvelle en anthropologie de la santé, elle a d'ailleurs été abordée par de nombreux écrits qui traitent du soin et du « care », de l'altérité et de la relation à l'autre dans un milieu clinique (Fortin 2013; Saillant 1999, Gauthier et al. 2008). Saillant (1999 : 10) souligne qu'une relation thérapeutique nécessite pour se construire, la présence d'un lien significatif entre deux personnes. Ricoeur (2004) quant à lui, montre que toute relation thérapeutique est fondé sur le principe de reconnaissance, permettant autant à l'intervenant de reconnaître la souffrance de l'autre (le sujet), que de se reconnaître lui-même comme un Autre. Ainsi, Ricoeur (2004), tout comme Fabian (2001), vont souligner la dimension processuelle de la reconnaissance : c'est par l'altérité qu'il y a possibilité d'engager une prise de conscience réflexive à la fois sur ses propres pratiques, que sur la compréhension que représente la souffrance d'Autrui. Cet Autre, reconnu par l'intervenant, peut dès lors commencer son activité réflexive sur ses propres limites et sa propre agressivité. Or, cette reconnaissance dira Ricoeur doit passer par une altérité. Le fait de reconnaître la souffrance de l'Autre, permet à l'Autre de se sentir reconnu. C'est à partir de cette reconnaissance mutuelle, qu'il est possible pour l'intervenant d'avoir une pratique plus réflexive, fondée sur une

empathie et une écoute à la fois, de ses propres limites et que de celles d'autrui. Cette intervenante souligne bien la difficulté de reconnaître autrui, en affirmant ne pas être capable d'intervenir avec tel patient, car il lui « fait peur » et lui rappelle un membre de sa famille, alors que pour une autre intervenante, le lien s'établit de manière naturelle. La présence d'un lien thérapeutique est primordiale pour la majorité des intervenants pour à la fois diminuer les risques potentiels et pour intervenir plus « justement et plus éthiquement ».

Or, les résultats montrent que les nombreux changements qui se sont opérés dans l'organisation du contexte de soin limitent la création d'un espace propice à la possibilité de faire des rencontres, de développer une connexion, une interaction significative ou un lien thérapeutique avec les patients : autant le changement dans la clientèle hospitalisée, majoritairement composée de patients aux prises avec des problématiques de toxicomanie et sous tutelle de justice, que la forte circulation de la drogue, et les coupures administratives dans le milieu des soins psychiatriques, tendent à orienter les pratiques de soins des intervenants vers plus de contrôle, de surveillance et de gestion des risques. Selon Duclos (1996), nous nous dirigeons selon lui vers un monde plus autoritaire dans lequel le facteur humain sera mis en second plan au dépend de la sécurité, voire de la sureté policière. Dans le même ordre d'idées, Coupechoux (2006) dans son ethnographie hospitalière, montre la forte présence policière sur les unités psychiatriques et pose la question de la « sécurité » en lien avec la qualité des soins donnés. La priorité accordée à la sécurité, à la prévention et à la surveillance dans notre société actuelle est selon Giddens (1990 : 113), la conséquence d'une plus grande valeur accordée à la vie individuelle ; le droit à la vie est accompagné de

l'imminence d'une menace personnelle : « si nous donnons plus d'importance à la vie, inévitablement nous donnons plus d'importance aux dangers contre la vie » (Pratt 2001 : 111). L'effritement du lien social causé par des valeurs individualistes s'accompagne dès lors d'un sentiment permanent d'insécurité motivant par le bas les politiques répressives et de contrôle de toutes les formes de dangers pouvant nuire à l'intégrité de la vie « individuelle » (Sechter 2012). C'est cette conception du danger comme un risque et une menace qu'il faut contrôler et maîtriser à tout prix, qui semble davantage orienter les pratiques psychiatriques des intervenants vers le contrôle du risque plutôt que sur le soin offert. La présence d'un lien thérapeutique ou la possibilité qu'un tel lien puisse se construire dans un milieu psychiatrique devient dès lors primordiale, si l'on comprend que c'est à partir de cette réciprocité que l'action même de vouloir contrôler ou maîtriser le risque à tout prix peut en elle-même se modifier. Ce lien, s'inscrit de manière plus fondamentale dans une négociation dynamique entre le « soi » et l'Autre, permettant de saisir ou du moins d'être réceptif à l'étrangeté, à la souffrance, et à la différence d'Autrui. Il nous semble dès lors que si l'on veut ultimement modifier, transformer ou humaniser les pratiques de soins psychiatriques, c'est à partir d'un espace social et clinique permettant l'émergence de tels rencontres, relations et liens entre individus, qu'un tel changement sera possible, en tenant compte non seulement des besoins de l'Autre souffrant, mais en créant des espaces où une réflexivité et une certaine prise de conscience du « soi-même comme un Autre » pourra émerger.

En conclusion, ce chapitre a pour but d'expliquer et de donner sens aux différentes récurrences, divergences et contradictions soulevées dans le chapitre résultats, en fonction des

trois angles d'analyse. Un des buts du chapitre est également d'articuler le savoir populaire des intervenants sur le risque d'agressivité et le danger en psychiatrie avec celui expert. Nos conclusions partielles montrent que l'identification des critères et des signes qui caractérisent « l'individu dangereux » par les intervenants est similaire aux facteurs de risque « objectifs » identifiés par le savoir expert. De plus, ce savoir sur les « facteurs de risque » est homogène entre les différents intervenants. Or, au-delà des facteurs « objectifs » permettant d'identifier l'agressivité, il existe également des facteurs sociaux, tels que la forte consommation de drogue dans les unités et les coupures administratives, que les intervenants vont rapporter, et qui permettent également d'expliquer les causes de l'agression et de la violence dans les unités. Nous terminons le chapitre en montrant que le sens qui sous-tend les différentes stratégies de gestion du risque n'est pas associé aux différentes perceptions du risque au travail ni aux différentes manières d'identifier les facteurs de risque « objectifs », mais tient davantage à la qualité du lien intersubjectif et à la reconnaissance sociale qui se noue entre un intervenant et son patient, au sein d'un espace clinique donné.

Conclusion

En conclusion, notre mémoire est à la fois une réflexion théorique et pratique, qui visait en premier lieu à démontrer historiquement et généalogiquement la construction sociale des concepts du « danger » du « risque » et d'individu « dangereux » en psychiatrie et de démontrer l'importance de la subjectivité et des récits populaires dans la construction des savoirs associés au risque chez les individus. En deuxième lieu, il visait à explorer de quelle façon les intervenants de proximité (infirmières, préposés aux bénéficiaires et agent de sécurité) d'une unité de soins psychiatriques perçoivent, interprètent et gèrent le risque et le danger inhérent à leur métier. Plus particulièrement, nous nous sommes intéressées dans cette étude au sens accordé par les intervenants quant aux concepts de danger et de risque en psychiatrie.

La méthodologie employée pour réaliser notre étude a été de l'observation participante et des entrevues semi-structurées avec une dizaine d'intervenants de proximité (infirmières régulières; infirmières volantes; préposés aux bénéficiaires; agent de sécurité). L'observation participante effectuée au sein d'une unité de soins aigus d'un hôpital psychiatrique nous a permis d'élaborer des questions d'entrevues plus sensibles au vécu des intervenants et d'orienter nos questions de recherches vers trois angles d'analyse : 1) perceptions de la dangerosité 2) les perceptions du risque au travail et 3) les stratégies de gestion du risque des intervenants.

Un devis qualitatif a été appliqué pour l'analyse des résultats qui cherchait à décrire non seulement les récurrences, les divergences et les contradictions dans les récits des intervenants

sur le risque et le danger en psychiatrie, mais aussi le sens qui les sous-tend et les facteurs qui interviennent dans la construction sociale des récits sur le risque chez les intervenants recrutés. Dans une perspective constructiviste et interactionniste, nous avons tenté d'explorer non seulement les représentations qu'ont les intervenants à l'égard du risque et du danger en psychiatrie dans un milieu de soin donné, mais aussi la manière dont ces représentations interagissent avec le savoir expert et les pratiques de gestion du risque individuel.

La première section des résultats montre les facteurs qui interviennent dans la construction sociale du danger et du risque chez les intervenants de proximité. L'analyse des résultats montre que le savoir populaire sur le danger se montre à la fois réflexif et autocritique à l'égard du savoir expert, et aussi profondément social ; influencée par la réalité du milieu clinique, par un système local et global de valeurs associé au « danger » et par une dynamique de négociation entre les membres de l'équipe de soin. Ainsi, le savoir populaire sur le danger en psychiatrie ne se limite pas aux connaissances « objectives » et à l'information dont disposent les intervenants sur les signes et sur les facteurs de risque individuels au comportement agressif, mais se rattache aussi à des situations « sociales » dangereuses qui exacerbent, activent ou génèrent la dangerosité et le risque de violence individuel. Parmi les situations sociales qui interviennent dans la construction du savoir populaire des intervenants de proximité, la forte présence de la consommation de drogue au sein de l'unité et les coupures administratives effectuées au sein du contexte de soins psychiatriques, ont été retenus dans les récits des intervenants. Alors que les intervenants possèdent des réponses homogènes quant à l'évaluation du danger et aux facteurs de risque précurseurs à l'agression,

différentes attitudes et manières de composer avec le risque et l'incertitude ont été soulevées, dans nos résultats. La seconde section de nos résultats montre l'existence de trois différents profils : les individus qui possèdent un discours « dramatique et catastrophique » quant à la présence du risque au travail, ceux qui rationalisent et maîtrisent la présence du risque, et ceux qui la banalisent. Nos résultats montrent que les préposés aux bénéficiaires, l'agent de sécurité et les infirmières volantes possèdent une perception du risque au travail plus élevée et un discours plus « dramatique » sur la présence du risque au sein de l'unité. Les facteurs qui interviennent dans la forte perception du risque au travail de ces intervenants sont 1) le sentiment de vulnérabilité personnelle et sociale ressentie au sein de l'unité et 2) le degré d'exposition au risque des intervenants.

Nos résultats montrent également que l'utilisation des mesures de contrôle par les intervenants se justifie en fonction d'un discours social sur le danger, discours qui renvoie non seulement au danger imminent, mais au risque que présente un individu. Ainsi, l'utilisation du contrôle peut se justifier non seulement lorsqu'un passage à l'acte agressif et violent a lieu, mais aussi lorsqu'il y a perception d'un risque ou de signes avant-coureurs à l'agression. Contrairement aux attitudes et pratiques attendues par le savoir expert, nos résultats montrent que la variabilité qui existe entre intervenants quant aux diverses pratiques de gestion du risque, notamment dans leur utilisation des mesures de contrôle, n'est pas la conséquence d'une surestimation ou d'un sentiment du risque élevé au travail, ni du manque d'information que disposent les individus quant aux signes individuels et sociaux du danger. En effet, le simple fait d'être informé et d'avoir des connaissances « objectives » ne suffit pas à rendre les

interventions plus adaptées aux besoins des patients hospitalisés ; et le fait d'avoir un sentiment du risque élevé au travail ne serait pas une conséquence directe de l'utilisation des mesures de contrôle. Nos résultats montrent que c'est davantage la présence ou l'absence d'un lien de réciprocité et de complicité avec un de leurs patients, qui explique les différences entre les stratégies de gestions du risque des intervenants, surtout dans l'utilisation des mesures de contrôle. Autrement dit, au-delà de la présence des signes et facteurs de risque à l'agression et du rapport différentiel qu'ont les intervenants avec l'incertitude au travail, la présence d'un lien et d'une relation thérapeutique entre un intervenant et son patient permettrait de diminuer à la fois les risques potentiels et d'adapter les interventions en fonction des besoins du patient. Or, l'aménagement et l'organisation du milieu de soin psychiatrique actuel qui priorisent la surveillance, la sécurité et le contrôle à la qualité du soin offert n'ouvrent pas les possibilités que de tels rencontres, relations et liens puissent véritablement se construire.

Notre mémoire ne constitue pas en soi une critique de l'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie, bien qu'il en dénonce l'usage, il vise plutôt à explorer les représentations populaires du danger, à décrire les facteurs sociaux qui sous-tendent ces représentations, et à comprendre le lien existant entre représentations et pratiques de contrôle. Dans un contexte de réduction et d'élimination des mesures de contrôle, si les nouvelles technologies de détection du risque que sont par exemple les échelles actuarielles, ont pour but de systématiser les représentations et les pratiques de gestions du risque des intervenants, elles posent toutefois une critique radicale à l'évaluation uniquement « subjective » et au savoir « profane » ou populaire sur le risque comme teinté d'une « rationalité limitée », par la surestimation que les

individus font du risque. Nous pensons que le débat « objectif/subjectif » qui sert à systématiser les représentations et les pratiques des individus devrait être dépassé. Notre étude nous a montré que la subjectivité des intervenants dans l'évaluation du risque et du danger ne s'oppose pas aux connaissances produites par le savoir expert, mais que ces deux types de savoirs sont au contraire complémentaires, et vont évoluer mutuellement et conjointement. L'importance accordée au sens et à la subjectivité dans les récits des intervenants nous ouvre à une compréhension différente, qui ne s'oppose en aucun cas aux connaissances « objectives » sur le risque en psychiatrie, mais qui nous permet plutôt de mieux comprendre la manière dont le discours social sur le risque et le danger se construit dans un milieu de soins donné, ainsi que les raisons qui pourraient justifier l'utilisation des mesures contrôle.

À notre avis, les possibilités de rencontres et d'ouverture à l'Autre ne sont possibles qu'à travers certains aménagements « thérapeutiques » en psychiatrie. Or, dans un contexte psychiatrique qui priorise la sécurité et la prévention des risques, les possibilités que de telles rencontres se construisent deviennent dès lors plus difficiles. Une réorganisation du contexte psychiatrique (plus d'effectifs, moins de sécurité, de meilleures ressources externes et internes, une meilleure expertise en toxicomanie, etc.) devient ainsi nécessaire, si l'on veut ultimement modifier, améliorer ou humaniser le soin psychiatrique dans les unités de soins aigus. La reconnaissance mutuelle qui en résulte, n'est possible qu'à travers une relation « thérapeutique » fondée sur un lien significatif entre un soignant et un soigné. C'est ce processus qui permet de rapprocher et ainsi d'adapter les pratiques de contrôle. C'est finalement cette ouverture que nous proposons comme conclusion à ce mémoire : le travail de reconnaissance comme une aventure de la réflexion, à la fois dans la compréhension d'autrui,

que de soi-même comme un Autre.

Bibliographie

- Alvarez-Pereyre, F. (2003). *L'exigence interdisciplinaire*. Paris: éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Aubert, E. (2012). Le positivisme dans la prévention de la récidive: Quand la science nourrit le contrôle social. *Nouvelles pratiques sociales* (1).
- Beauchamp, A; Tardif, F.(1998). Risques volontaires, risques imposés et logiques sociales, pp. 123-151. Dans Malenfant, R. (ed.), *La mesure du danger : Le risque entre la science et le sentiment*. Montréal : Liber,
- Beaupré, S. (2012). *La perception du risque sous terre: l'exemple des mineurs de fond de l'Abitibi-Témiscamingue*, Thèse de doctorat. Sciences humaines et appliquées. Faculté des arts et des sciences. Université de Montréal. 223 pages.
- Beck, U. (2001). La politique dans la société du risque. *Revue du MAUSS*, (1), 376-392.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity* (Vol. 17). London : Sage Publications.
- Bérard, J, Petitclerc, M, & Niget, D. (2012). *Pour une histoire du risque: Québec, France, Belgique*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bernheim, E. (2011). *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué*. Thèse de doctorat, Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal et l'École doctorale sciences pratiques de l'École Normale supérieure de Cachan. Université de Montréal et École Normale Supérieure. 882 pages.
- Bibeau, G. (2009). Une éthique du tragique. Considérations anthropologiques sur la condition humaine. *Anthropologie et Sociétés*, 33(3) 101-117.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité : cours du Collège de France, 2000-2001*. Paris, France: Éditions Raisons d'Agir.

- Bourgeault, Guy. (2004). Entre bruit et silence. Le dit et non-dit, l'étude des éthiques, pp. 2-43. *Éthiques. Dit et non-dit, contredit, interdit*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec. (Version électronique réservée UdeM) : <http://site.ebrary.com/lib/umontreal/Doc?id=10225709>)
- Bourgeois M, Bénézech M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologie et comorbidités psychiatriques. *Ann Méd Psychol*; 159 : 475-86
- Burton-Jeangros, C. (2004). *Cultures familiales du risque*. Paris, France : Anthropos.
- Cadet, B., & Kouabénan, D. R. (2005). Évaluer et modéliser les risques: apports et limites de différents paradigmes dans le diagnostic de sécurité. *Le travail humain*, 68(1), 7-7.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, France: Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques, de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, France : Minuit.
- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47(1), 119-127.
- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale: qu'est-ce qu'être protégé?* Paris, France : Seuil.
- Cellard, A. (1991). *Histoire de la folie au Québec de 1600 à 1850: le désordre*. Montréal, Québec : Boréal.
- Coupechoux, P. (2006). Un monde de fous. *Comment notre société maltraite ses malades mentaux*. Paris, France: Seuil.
- Coutanceau, Roland. (2012). Dangerosité criminologique et prévention de la récidive: évaluer la dangerosité sans stigmatiser l'homme. *L'information psychiatrique*, 88(8), 641-646.
- Choe, J.Y., L.A. Teplin; & K.M. Abram. (2008). Perpretation of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public healht concerns. *Psychiatric Services*, 59(2) 153-164

- Cocozza, J.J; & Steadman, H.J. (1975). Failure of Psychiatric Predictions of Dangerousness: Clear and Convincing Evidence, *The Rutgers L. Rev.*, 29, 1084.
- DelVecchio G, M-J & Byron G. (2003). Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships, pp. 243-258, Dans G. Albrecht, R. Fitzpatrick & S. Scrimshaw (eds), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London : Sage Publications.
- Dolan, M; & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4) 303-311.
- Douglas, M; & Wildavsky, A. (1983). Risk and Culture : *An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Douglas, Mary. (1990). *Risk as a forensic resource*. *Daedalus*, 119(4), 1-16.
- Douglas, Mary. (2002). *Risk and blame: essays in cultural theory*. London : Routledge.
- Duclos, D. (1996). Puissance et faiblesse du concept de risque, pp. 13-45. Dans Malenfant,R. (Ed.), *La mesure du danger, Le risque entre la science et le sentiment*. Montréal : Liber.
- Duclos, D. (1994). Quand la tribu des Modernes sacrifie au dieu Risque. *Déviance et société*, 18(3), 345-364.
- Duclos, D. (1989). La peur et le savoir: La société face à la science, la technique et leurs dangers. Paris : La Découverte.
- Duclos, D. (1987). La construction sociale du risque: le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels. *Revue française de sociologie*, 17-42.
- Dumais, A, Larue, C, Michaud, C, & Goulet,M-H. (2012). Predictive validity and psychiatric nursing staff's perception of the clinical usefulness of the French version of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *Issues in mental health nursing*, 33(10), 670-675.

- Dorvil, H. (2007). *Les inégalités sociales en santé: le cas spécifique de la santé mentale*. J.-M. Tremblay : Bibliothèque Université du Québec à Chicoutimi.
- Eronen, M; Tihonen,J; Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophrenia Bull*, 22: 83-89
- Ewald, François. (1986). *L'Etat providence*. Paris : Grasset.
- Ewald, F, Gollier, C; & De Sadeleer, N. (2008). *Le principe de précaution* : Presses universitaires de France.
- Ewald, F., & Kessler, D. (2000). Les noces du risque et de la politique. *Le débat* (109), 55-72.
- Federman, C. (2012). The Mentally Ill and Civil Commitment: Assessing Dangerousness in Law and. (Re) *Thinking Violence in Health Care Settings: A Critical Approach*, 297.
- Fortin, S. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique: Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et Sociétés*, 37(3), 179-200.
- Fortin, S. (2011). Can Bioethics Embrace Diversity?, pp. 275-291 Dans S. Fainzang et C. Haxaire (eds), *Of Bodies and Symptoms*. Tarragona, URV
- Foucault, M. (1963). *La naissance de la clinique*. Paris France: PUF.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir* (Vol. 225). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M. (1981). *L'évolution de la notion « d'individu dangereux » dans la psychiatrie légale*. *Déviance et société*, 5(4), 403-422.
- Gauthier, A, Corin, E; & Rousseau, C. (2008). Au-delà des modèles de pratique: explorer la rencontre clinique en début de psychose. *L'Evolution psychiatrique*, 73(4), 639-654..
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris, France : Éditions l'Harmattan.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Vol. 277). New York : Anchor Books.
- Gori, R & Del Volgo, M-J. (2005). *La santé totalitaire : Essai sur la médicalisation de*

l'existence : Paris : Denoel.

Grenier, Guy. (1999). *Les monstres, les fous et les autres: la folie criminelle au Québec* (Vol. 35): Montréal: Éditions Trait d'union.

Hacking I; (1990). *The Taming of Chance*. Cambridge-New York- Port Chester. Cambridge : Univ. Press

Hacking, I; (2004). Between Michel Foucault and Erving Goffman: between discourse in the abstract and face-to-face interaction. *Economy and Society*, 33(3), 277-302.

Hacking, I; (2008). *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?* : Cambridge : Univ Press.

Jaffré, Y ; (2003). Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart* (4), 95-110

Jasanoff, S; (1998). The political science of risk perception. *Reliability Engineering and System Safety, Elsevier Science*, 59, 91-99

Jodelet, D., & Moscovici, S; (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Japp, K.P & Kusche, I (2008). Systems theory and risk, Dans Zinn, J.O (eds), *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Kaltiala-Heino R., Tuohimäki C., Korkeila J., et al. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26,139–149.

Kirmayer, L.J & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 832-840.

Kouabénan, D. R.; (2002). Occupation, driving experience, and risk and accident perception. *Journal of Risk Research*, 5, 49-68.

- Landry, M. (2002). *L'état dangereux: un jugement déguisé en diagnostic*. Paris : Editions L'Harmattan.
- Larue, C., Piat, M., Racine, H., Ménard, G., & Goulet, M. H. (2010). The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in mental health nursing*, 31(3), 208-215.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & MAILHOT, M. P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 440-446.
- Larue, R; Grondin, J. (1998). La construction d'une mesure de la représentation sociale du risque Dans Malenfant,R. (Ed.), *La mesure du danger, Le risque entre la science et le sentiment*, Montréal,Québec : Liber.
- Laplantine, F. (1999). *Je, nous et les autres*. Paris, France: Le Pommier.
- Le Breton, D. (1995). *La sociologie du risque*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Ledoux, A. (2008). Vers une reconnaissance de la pratique psychiatrique ordinaire. *L'Information Psychiatrique*, 84 (5), 435-443.
- Le Mentec, M. (2011). *Isolement et contention en psychiatrie, «thérapies» de la docilité*. Mémoire de maîtrise, Master de sciences sociales Mention « Santé, Populations, Politiques Sociales, EHESS, Paris.
- Leplat, J. (2007). Risque et perception du risque dans l'activité, pp.17-27. In D.R. KOUABENAN, B. CADET, D. HERMAND & M.T. MUNOZ SASTRE (eds). *Psychologie du risque*, Bruxelles : De Boeck.
- Lessard-Hébert, M; Goyette, G et Boutin, G. (1996). *La recherché qualitative : fondements pratiques*, Montréal : Nouvelles.
- Lois sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS], L.R.Q; c. S-4.2
- Malherbe, J-F, Rocchetti, L, & Boire-Lavigne, A-M. (1994). Validité et limites du consensus en éthique clinique. *Laval théologique et philosophique*, 50(3), 531-543.

- Massé, R. (2007). Le risque en santé publique: pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et société*, 39(1), 13-27.
- Massé, R. (2009). « Anthropologie des moralités et de l'éthique : essai de définitions ». *Anthropologie et Sociétés*, 33 (3), 21-42. (Version électronique : www.erudit.org).
- Massé, R, Weinstock, D, Désy, M, & Moisan, C. (2011). Perceptions populaires du risque et savoirs experts en contexte de pandémie: le cas du A (H1N1) au Québec. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*(3).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Millaud, F, & Dubreucq, J-L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence: avantages et limites. *L'information psychiatrique*, 88(6), 431-437.
- Millaud, F. (2005). Évaluation clinique de la dangerosité des malades mentaux. *Ann Med Psychol (Paris)*, 163(10).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux ; (2002). *Plan d'action. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec : Gouvernement du Québec.
- Moliner, P; Rateau, P & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales : Pratiques des études de terrain*. Rennes: PUR.

- Monahan, J. (1997). Actuarial support for the clinical assessment of violence risk. *International Review of Psychiatry*, 9(2-3), 167-170.
- Morin, P., & Michaud, C. (2003). Mesures de contrôle en milieu psychiatrique: trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 126-150.
- Ortner, S. (2005). Subjectivity and cultural critique. *Anthropological Theory*, 5(1), 31-52.
- Paicheler, G. (1997). Modèles pour l'analyse et la gestion des risques liés au VIH: liens entre connaissances et actions. *Sciences sociales et santé*, 15(4), 39-71.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines*. Paris : Armand Colin.
- Parazelli, M. (2007). Jeunes en marge: Perspectives historiques et sociologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, 20 (1).
- Paugam, S. (2010). *L'enquête sociologique*. Paris : PUF
- Peretti-Watel, P. (2001). *La société du risque*. Paris : La découverte.
- Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie: l'observation*. Paris : La découverte.
- Pratt, J. (2001). Dangereusité, risque et technologie du pouvoir. *Criminologie*, 34(1), 101-121.
- Protecteur du citoyen. (2011). R.D.P. *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*, Québec : Direction des communications, Protecteur du Citoyen.
- Przygodzki-Lionet, N., & Noël, Y. (2004). Individu dangereux et situations dangereuses: les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychologie française*, 49(4), 409-424.

- Przygodzki-Lionet, N. (2009). Entre risque objectif et risque perçu: de la nécessaire prise en considération des représentations sociales de la dangerosité pour une optimisation de son évaluation. *Psychiatrie et violence*, 9 (1).
- Quétel, C. (1988). « D'où vient la loi de 1838 sur les aliénés? » *L'histoire*, 116, p. 73-75.
- Quétel, C. (2009). Histoire de la folie-De l'Antiquité à nos jours. Paris : Tallandier.
- Rhodes, L. A. (1995). *Emptying beds: The work of an emergency psychiatric unit* (Vol. 27). London : Univ of California Press.
- Roelandt, J-L. (2009). Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. *L'information psychiatrique*, 85(6), 525-535.
- Rice, M.E; Harris, G.T; Varney, G.W& Quinsey, V.L. (1989). Understanding Institutional Violence. Literature Review and Background Research, pp.13-59. Dans *Violence in institutions: Understanding, Prevention and Control*, Ontario : Hogrefe & Huber Publishers.
- Ricoeur, P. (2001). De la morale à l'éthique et aux éthiques. *Le Juste*, 1-11.
- Ricoeur, P. (1969). *Le conflit des interprétations : Essais d'herméneutique*. Paris : Seuil.
- Saillant, F, & Gagnon, E. (1999). Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et sociétés*, 5-14.
- Schmid, A. F., Mambrini-Doudet, M., & Hatchuel, A. (2011). Une nouvelle logique de l'interdisciplinarité. Nouvelles perspectives en sciences sociales: *Revue internationale de systémique complexe et d'études relationnelles*, 7(1), 105-136.
- Senon, J. L., Voyer, M., Paillard, C., & Jaafari, N. (2009). Dangerosité criminologique: données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*, 85(8), 719-725.
- Senon, J. L; Manzanera, C; Humeau, M; & Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *L'information psychiatrique*, 82(8) 645-652.

- Sechter, D. (2012). La dangerosité, problème central dans la confrontation des modèles intégratifs et ségrégatifs des soins entre prison et hôpital. *L'information psychiatrique*, 88(8), 631-640.
- Sjöberg, L. (2000). The methodology of risk perception research. *Quality & Quantity*, 34(4), 407-418.
- Slovic, P., Fischhoff, B., & Lichtenstein, S. (1982). Facts versus fears : Understanding perceived risk. In D. Kahneman, P. Slovic, & A. Tversky (Eds.), *Judgment under Uncertainty : Heuristics and Biases* (pp. 463-489). Cambridge : Cambridge University Press.
- Sterlin, C. (2005). « Esclavage, colonisation, identité, racisme et santé mentale », Projet de recherche, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 p. Présenté à la Direction de la santé mentale.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211(4481), 453-458.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *science*, 185(4157), 1124-1131.
- Walter, F., Fantini, B., & Delvaux, P. (2006). *Les cultures du risque: XVIe-XXIe siècles* (Vol. 3): Presses d'histoire suisse.
- Williams, D.R., D. Takeuchi et R. Adair (1992). « Socioeconomic Status and Psychiatric Disorder among Blacks and Whites », *Social Forces*, vol. 71, p. 179-184.
- Viaux, J.-L. (2003). Psychologie Légale. In: *Psychologie vivante*. Paris : Frison-Roché.
- Zinn, J. O. (2008). Introduction: the contribution of sociology to the discourse on risk and uncertainty, pp.1-15., dans J.O Zinn (eds). *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*, Oxford : Blackwell Publishing Ltd.

Annexe 1- Grille provisoire d'entretien semi-structurée

Présentation

Bonjour, mon nom est _____. Je suis étudiante à la maîtrise et mon projet de mémoire s'intitule : « Représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants de première ligne travaillant dans un milieu de soins psychiatriques: regards sur leurs perceptions du risque »

Pour faciliter la discussion, l'entretien sera enregistré sur bande audio. Je vous garantis que les réponses seront traitées confidentiellement. En clair, le résumé écrit des échanges de la discussion ne sera pas nominatif et ne révélera pas votre identité. La procédure d'enregistrement nous permet de ne manquer aucune information. Vous avez en face de vous un formulaire de consentement à l'enregistrement. Je vous demande de le lire. Je vous donne à cet effet quelques minutes de lecture. Puis je recevrai toute interrogation ou commentaire sur ce consentement (attendre).

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

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

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

Déroulement de l'entrevue

- Compréhension d'une situation dangereuse (ou les contextes perçus comme activateurs ou révélateurs d'un comportement agressif)
 - 1) Pouvez-vous me décrire une situation dangereuse ou à risque de comportement agressif ?

- Compréhension d'un individu dangereux
 - 1) D'après vous, quels sont les critères que vous utilisez pour définir un individu dangereux (préciser et demander pourquoi)
- Compréhension des facteurs qui interviennent dans la perception du risque
 - 2) Quels sont les facteurs qui interviennent dans votre perception du risque de dangerosité ? (ex : organisationnel, professionnel, culturel, personnel)
- Compréhension du risque au travail
 - 1) Description d'une journée de travail
 - 2) Description du sentiment de sécurité au travail
- Compréhension des pratiques
 - 1) Comment réagissez vous face au danger ou au risque perçu ?
 - 2) Quand et pourquoi, les mesures de contrôle sont-elles utilisées ?
 - 3) Y a-t-il des pratiques alternatives ?

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

Annexe 2- Questionnaire socio-démographique

Bonjour,

Merci de collaborer avec nous dans ce projet visant à explorer les représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants de première ligne d'un milieu psychiatrique. Afin de nous permettre d'avoir quelques informations sur nos participants, nous aimerions que vous remplissiez le questionnaire suivant :

- 1) **Quel poste occupez-vous :** _____
- 2) **Depuis combien d'années y travaillez-vous :** _____
- 3) **Quel est votre niveau et type de formation :** _____
- 4) **Avez-vous reçu une formation sur la gestion des comportements agressifs (ex : OMEGA) :** __
- 5) **Êtes vous :**
 - a. Homme
 - b. Femme
- 6) **Dans quel groupe d'âge vous situez-vous?**
 - a. 24 ans ou moins
 - b. 25-34 ans
 - c. 35-44 ans
 - d. 45-54 ans
 - e. 55-64 ans
 - f. 65-74 ans
 - g. 75 ans ou plus

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

Annexe 3-Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants de première ligne d'un milieu de soins psychiatriques : regards sur leurs perceptions du risque.

Nom des chercheurs, affiliations et coordonnées :

A) Directrice principale de recherche : **Sylvie Fortin, Ph.D**

- Anthropologue sociale et médicale
- Professeure agrégée aux départements d'anthropologie et de pédiatrie de l'Université de Montréal

Coordonnées postales : Département d'anthropologie
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

B) Codirectrice du projet: Caroline Larue, Ph.D

- Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
- Chercheuse régulière au centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Coordonnées postales : Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal, C.P 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

A) Nom de l'étudiante responsable de la recherche : Nathalie Baba, M.Sc (c)

- Étudiante-chercheuse à la maîtrise de l'Université de Montréal
- Coordonnatrice de recherche au centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale du centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Coordonnées postales : Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Pavillon Bédard, Unité 208
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) Canada H1N 3M5

RENSEIGNEMENTS

Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire de consentement pour la recherche à laquelle nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour lire et comprendre tous les renseignements liés à cette recherche. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. Le formulaire d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable ou aux membres de son équipe.

1. Description du projet de recherche

Dans le contexte de soins psychiatriques actuel, les intervenants sont confrontés quotidiennement à des comportements agressifs et violents de certains patients au pris avec des problématiques de santé mentale (Choe et al. 2008; Larue et al. 2010). Malgré la forte prévalence de l'agressivité dans les unités de soins psychiatriques, les stratégies pour gérer les risques d'agression et les critères utilisés par les intervenants pour caractériser la dangerosité individuelle ou une situation à risque, résultent de nombreux facteurs qui sont socialement déterminés et qui varient en fonction des normes et des valeurs du milieu de soin, de l'institution, de la société et de la culture (Kirmayer 2007). En Amérique du Nord, la recherche clinique s'est davantage tournée sur la mise en œuvre de stratégies de prévention et ce, par le développement d'outils visant à détecter précocement le risque d'agression (Aubert 2012 ; Massé 2007). L'évaluation de la dangerosité individuelle est dès lors, devenue une des préoccupations centrales de plusieurs décideurs, gestionnaires et cliniciens en santé (Aubert 2012). Alors que de nombreux travaux se sont intéressés à l'évaluation de la dangerosité par l'identification des composantes et des signes précurseurs au comportement agressif, peu de travaux se sont intéressés à l'analyse des conditions dans lesquelles s'inscrit l'évaluation de cette dangerosité. Se pose alors la question de la signification attribuée par ces professionnels à la dangerosité et au risque.

Le présent projet de recherche se propose d'aller explorer les représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants évoluant dans un même milieu psychiatrique. Il vise principalement à : 1) explorer les points de vue des intervenants de première ligne sur leur perception de la dangerosité psychiatrique par des entretiens semi-dirigés auprès d'une dizaine d'intervenants d'une unité de soins aigus. Les questions de recherche sont les suivantes : quels sont les critères déterminants d'un individu dangereux et d'une situation dangereuse pour chacun des intervenants ? Est-ce que les représentations du risque et du danger sont similaires chez tous les intervenants d'une même unité de soin ? Quels sont les facteurs qui interviennent dans la perception de la dangerosité chez les différents intervenants ? Au total, nous prévoyons recruter 10 intervenants pour le projet de recherche.

2. Critère d'inclusion

Vous êtes inclus dans l'étude si 1) vous êtes un soignant détenteur d'un poste à temps partiel ou à temps complet ou encore si vous avez un remplacement d'au moins 8 mois à l'unité des soins intensifs et si 2) vous êtes un intervenant de première ligne qui a été impliqué dans une situation d'escalade agressive.

3. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à :

- Prendre part à un entretien semi-dirigé d'une durée de soixante minutes. Vous serez interrogé sur les éléments qui selon vous, caractérisent un individu dangereux, une situation dangereuse et sur les facteurs (familiaux, sociaux, personnels, culturels) qui interviennent dans votre perception de la dangerosité.

4. Confidentialité

Tous les renseignements recueillis à votre sujet au cours de l'étude demeureront strictement confidentiels, à moins d'une exception de la loi, soit si votre vie ou celle d'une autre personne est en danger. Pour assurer la confidentialité, ni votre nom, ni celui de vos collègues, ni celui des patients dont vous discutez, ne se retrouveront pas sur les cassettes audio des entretiens et les renseignements seront codés. Précisons que l'enregistrement audio de l'entrevue et les formulaires de consentement seront détruits sept années après la fin du projet de recherche et seront conservés dans un dossier de recherche ouvert au niveau des archives de Louis-H. Lafontaine. Les collaborateurs de la recherche, qui exercent également une fonction d'autorité potentielle en regard des participants, n'auront pas accès, en aucun temps, aux données nominales. Seule la chercheuse principale aura accès aux données permettant de lier le nom au numéro des participants et elle seule, effectuera les entretiens. Toutes les bases de données ne contiendront pas de données nominales aux fins d'analyses. De plus, les renseignements seront

conservés dans un classeur sous clé situés dans un bureau fermé. En aucun cas, vos témoignages ne seront communiqués à votre employeur ou aux autres employés. Le formulaire de consentement est le seul document papier où le nom et le numéro de la participante seront associés.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche pourront être publiés ou communiqués dans un congrès scientifique ou dans des revues sociales, mais aucune information pouvant vous identifier ne sera alors dévoilée.

5. Avantages et inconvénients

Votre participation à ce projet vous permettra de contribuer à l'avancement des connaissances sur les représentations sociales de la dangerosité chez les intervenants de première ligne évoluant dans un milieu de soins psychiatriques montréalais et sur la compréhension des facteurs qui interviennent dans la construction de ces représentations. Vous permettez ainsi de poser un second regard anthropologique sur la notion de dangerosité. Alors que de nombreux travaux se sont intéressés à l'évaluation de la dangerosité en identifiant les composantes et les signes précurseurs au comportement agressif, peu de travaux se sont intéressés à l'analyse des conditions dans lesquelles s'inscrit votre évaluation de la dangerosité – les facteurs sociaux, organisationnels, individuels, qui influencent vos représentations sur le risque et le danger.

Aucun risque connu n'est associé à la recherche à laquelle vous participerez. Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire aux entrevues. Il est possible que le fait de décrire les éléments caractérisant un individu dangereux ou une situation dangereuse puisse susciter des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse principale du projet. S'il y a lieu, elle pourra vous référer à des services professionnels appropriés, et ce, dans les plus brefs délais afin d'atténuer les risques potentiels.

6. Droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'entraînera aucun préjudice professionnel.

Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez

les chercheurs, l'organisme subventionnaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

7. Indemnité compensatoire

Aucune compensation monétaire ne vous sera versée pour votre participation à l'étude.

8. Personnes-ressources

Pour toute question relative à la recherche, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec madame Nathalie Baba, chercheuse responsable du projet; avec la directrice du projet de recherche, madame Sylvie Fortin, ou avec la codirectrice de recherche, madame Caroline Larue.

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.

Coordonnées du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Institut universitaire en santé mentale de Montréal
7401 rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4000, poste 2920.

CONSENTEMENT

Je, le participant, déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à l'entretien. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou les représentants de l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant :

en lettres moulées

Signature :

Date : / /
 jour mois année

Déclaration d'engagement de la chercheuse principale

Je certifie avoir expliqué au participant la nature du projet de recherche, ainsi que le contenu du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu à toutes ses questions et avoir clairement indiqué qu'il ou elle demeure libre de mettre un terme à sa participation à tout moment, et ce, sans préjudice. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement. Je remettrai au participant une copie signée du présent formulaire de consentement.

Nom de la chercheuse :

en lettres moulées

Signature :

Date : / /
 jour mois année

*Un exemplaire du présent formulaire de consentement, dûment signé, sera remis au participant.