

Université de Montréal

Interventions pour soutenir les infirmières et infirmiers gestionnaires dans la prévention de la violence des patients auprès du personnel en milieu hospitalier psychiatrique : Revue rapide des écrits

Par
Mélody Bru

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
en sciences infirmières option gestion de proximité et intervention

Août 2022

© Mélody Bru, 2022

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce mémoire intitulé

**Interventions pour soutenir les infirmières et infirmiers gestionnaires dans la prévention de
la violence des patients auprès du personnel en milieu hospitalier psychiatrique : Revue
rapide des écrits**

Présenté par

Mélody Bru

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Étienne Paradis-Gagné

Président-rapporteur

Marie-Hélène Goulet

Directeur de recherche

Isabelle Brault

Codirecteur

Marlène Karam

Membre du jury

Résumé

La violence des patients est un problème presque quotidien auprès du personnel infirmier œuvrant en milieu hospitalier psychiatrique. Cette violence vécue dans le milieu de travail entraîne non seulement de nombreuses répercussions sur la victime, mais également sur l'organisation et ultimement les patients. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte lorsqu'on enquête sur les circonstances entourant une agression. Pourtant, la mise en place d'interventions qui permettraient de prévenir cette violence demeure inégale dans les milieux de soins faute de directives claires. Au vu des conséquences, les gestionnaires de soins de santé doivent reconnaître cette problématique et contribuer à implanter des interventions pour la prévenir. Se basant sur les cinq étapes de Dobbins (2017), une revue rapide a été menée dans le but d'identifier des interventions afin de soutenir les gestionnaires dans la prévention de la violence provenant des patients en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel. Au total, 147 écrits, dont 37 revues de synthèse et 110 articles empiriques ont été retenus pour l'analyse. Le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998) permet de structurer les résultats en classant les interventions en fonction des sept types de facteur pouvant être impliqués dans un événement accidentel en contexte médical soit : 1) le contexte institutionnel; 2) les facteurs organisationnels et de gestion; 3) les facteurs liés à l'environnement de travail; 4) les facteurs d'équipe; 5) les facteurs individuels; 6) les facteurs liés aux tâches à effectuer; 7) les facteurs liés aux patients. Parmi les interventions les plus recensées dans les écrits, on retrouve des formations auprès du personnel, des salles sensorielles pour les patients, l'utilisation d'outils d'évaluation du risque de violence et la pharmacothérapie. Ainsi, en collaboration avec les équipes de soins et la haute direction, les gestionnaires sont des acteurs clés dans la mise en place d'interventions permettant une prévention proactive et systémique de la violence des patients auprès du personnel au sein des institutions psychiatriques. Toutefois, la sélection des interventions doit se faire en tenant compte de la clientèle desservie et des besoins du personnel. Les gestionnaires doivent donc être sensibles aux facteurs contraignants et facilitants présents dans leur contexte local.

Mots-clés : violence, santé mentale, psychiatrie, gestionnaire, interventions, prévention, sciences infirmières, revue rapide des écrits, modèle organisationnel

Abstract

Patient violence is an almost daily issue for nurses working in psychiatric hospitals. This violence experienced in the workplace has many repercussions on the victim, the organization, and ultimately on the patients. Several factors come into play when analyzing the circumstances surrounding an attack. However, implementing interventions that prevent this violence remains uneven in healthcare settings due to a lack of clear directives. Given the consequences, health care managers must recognize this problem and contribute to implementing interventions to prevent it. Based on the five steps of Dobbins (2017), a rapid review was conducted to identify interventions to support managers in preventing violence from patients toward staff in psychiatric hospital settings. A total of 147 papers, including 37 reviews and 110 empirical articles, were selected for analysis. The organisational accident model by Vincent et al. (1998) enables to structure the results by classifying the interventions according to the seven factors that may be involved in an accidental event in a medical context: 1) institutional context; 2) organisational and management factors; 3) work environment; 4) team factors; 5) individual factors; 6) task factors; 7) patient characteristics. Among the most documented interventions are staff training, patient sensory rooms, use of violence risk assessment tools, and pharmacotherapy. Thus, in collaboration with the care teams and senior management, managers are critical in implementing interventions that allow proactive and systemic prevention of patient violence endured by staff in psychiatric institutions. However, the selection of interventions must consider the targeted clientele and the needs of the personnel. The manager must be sensitive to the constraining and facilitating factors in their local context.

Keywords: violence, mental health, psychiatry, manager, interventions, prevention, nursing, rapid review, organisational model

Table des matières

Résumé	5
Abstract	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	13
Liste des figures	15
Liste des sigles et abréviations	17
Remerciements	23
Introduction	25
Problématique.....	27
But	35
Cadre de référence.....	37
Méthodologie	41
Résultats	47
Type de facteur 1 – Contexte institutionnel	49
Contexte réglementaire	49
Règles de sécurité sur les unités de soins.....	49
Politique pour un environnement sans-fumée.....	49
Règlements d’unité.....	50
Type de facteur 2 – Facteurs organisationnels et de gestion.....	50
Type de facteur 3 – Facteurs liés à l’environnement de travail	52
Conception et maintenance de l’environnement physique.....	53
Design architectural de l’établissement et des unités de soins.....	53
Environnement relaxant et confortable	53
Disponibilité d’activités organisées ou significatives dans l’environnement de soins	54
Disponibilité d’équipements en lien avec la sécurité	55
Équipements de sécurité.....	55
Équipement technologique utilisant l’intelligence artificielle	55
Soutien de l’administration	56
Attitudes et soutien du gestionnaire envers les employés	56

Soutien et présence du gestionnaire durant et après l'événement violent.....	56
Mesures organisationnelles pour soutenir les employés après l'événement	57
Type de facteur 4 – Facteurs d'équipe	58
Communication	58
Communication entre le personnel seulement	58
Communication entre le personnel et les patients	59
Communication avec les proches des patients	60
Type de facteur 5– Facteurs individuels (personnel)	61
Connaissances et compétences du personnel	61
Formations du personnel sur la prévention primaire de la violence	61
Programmes de formation	62
Simulation du personnel sur la prévention de la violence.....	63
Formation en prévention secondaire	64
Développement des connaissances et compétences grâce à la collaboration d'équipe.....	64
Santé mentale du personnel.....	64
Interventions favorisant la gestion du stress post-événement	65
Débriefing post-événement pour le personnel seulement.....	65
Interventions favorisant le bien-être et les auto-soins	66
Type de facteur 6 – Facteurs liés aux tâches à effectuer	67
Disponibilité et utilisation des protocoles	67
Disponibilité et précision de divers outils d'évaluation en lien avec la violence	67
Type de facteur 7 – Facteurs liés aux patients	69
État de santé (complexité et gravité) – Pharmacothérapie	69
Prévention de la violence avec les antipsychotiques de 2 ^e génération.....	70
Autres substances et médicaments en appoint	71
État de santé (complexité et gravité) – Psychothérapies	71
Thérapies cognitives et comportementales (TCC)	72
Remédiation cognitive (RC).....	73
Modalité de thérapies	73
Autres formes de soutien psychosocial	74
État de santé (complexité et gravité) – Bien-être mental	75

Discussion	81
Rôle du gestionnaire dans la prévention de la violence	81
Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des résultats	88
Forces et limites de la revue rapide des écrits	92
Implications	93
Recherche	93
Formation	94
Gestion	94
Conclusion.....	97
Références bibliographiques	99
Annexes	119
Annexe A : Stratégie de recherche et résultats.....	119
Annexe B : Exemple de tableau d'extraction des données	121
Annexe C: Extrait de tableau de classement des résultats	124
Annexe D: Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des preuves.....	125
Annexe E: Programmes de formation (type de facteur 5 – facteurs individuels)	127
Annexe F: Tableau des outils d'évaluation (type de facteur 6 – facteurs liés aux tâches à effectuer)	129
Annexe G: Programmes de psychothérapies utilisés dans la prévention de la violence (type de facteur 7 – facteurs liés aux patients)	148
Annexe H: Pays d'étude pour les écrits empiriques.....	152

Liste des tableaux

Tableau 1. – Cadre des facteurs influençant la pratique clinique	39
Tableau 2. – Résultats synthétisés.....	79
Tableau 3. – Exemple de tableau d'extraction des données.....	123
Tableau 4. – Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité	126
Tableau 5. – Programmes détaillés de formation pour le personnel	128
Tableau 6. – Tableau des outils d'évaluation.....	147
Tableau 7. – Tableau des programmes de psychothérapies	151
Tableau 8. – Résultats de la recherche documentaire selon les pays des articles empiriques ..	152

Liste des figures

Figure 1. –	Modèle des causes organisationnelles d'accident	37
Figure 2. –	Diagramme de flux PRISMA	47
Figure 3. –	Extrait du tableau Excel de classement des résultats	124

Liste des sigles et abréviations

AIIAO : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

AIIC: Association des infirmières et infirmiers du Canada

AOS : Aggression Observation Short Form

ASSTSAS: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

BIS-11: Barratt Impulsiveness Scale-11

BPAQ: Buss-Perry Aggression Questionnaire

BRC4: Brockville Risk Checklist 4

BVC: Brøset Violence Checklist

CIRCLE: Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments

COVR: Classification of Violence Risk

DASA: Dynamic Appraisal of Situational Aggression

DRS: Dynamic Risk Scale

FAM: Female Additional Manuel

FoVOx: Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford

FRST: Fordham Risk Screening Tool

GAF: Global assessment of functioning

HARN-FV: Hamilton Anatomy of Risk Management–Forensic Version

HCR-20: Historical, Clinical, and Risk Management Scale-20

HoNOS-Secure: Health of the Nation Outcome Scale–Secure

IMI: Impact message Inventory

INSPQ: Institut national de santé publique du Québec

IRRS: Imminent Risk Rating Scale

LHA: Life History of Aggression

MAVAS: Management of Aggression and Violence Attitude Scale

MHOAT-Risk: Mental Health Outcomes and Assessment Tools–Risk-Assessment Module

MOAS: Modified Overt Aggression Scale

OAS: Overt Aggression Scale

OMS: Organisation mondiale de la Santé

PANSS: Positive And Negative Syndrome Scale

PCC: Patient-Staff Conflict Checklist

PCL-R: Psychopathy checklist-revised

RC: Remédiation cognitive

RHO CAP: InterRai Risk to Others Clinical Assessment Protocol

ROAS: Retrospective Overt Aggression Scale

RNAO: Registered Nurses' Association of Ontario

SAPROF: Structured assessment of PROtective factors

SDAS: Social dysfunction and aggression scale

SOAS: Staff Observation Aggression Scale

SRS: Self-report Risk Scale

START: Short-Term Assessment of Risk and Treatability

TCC: Thérapie cognitive et comportementale

V-RISK-10: Violence Risk Screening– 10

VPC-14: Violence Prevention Climat scale

VRAG: Violence Risk Appraisal Guide

VRS: Violence Risk Scale

VSC: Violence Screening Checklist

À ma fille Lily

Remerciements

J'aimerais commencer par remercier ma directrice de recherche, madame Marie-Hélène Goulet, pour son immense soutien tout au long de mon parcours académique, et plus particulièrement depuis ces deux dernières années. Elle a su me guider et m'encourager tout au long de ma maîtrise. Un merci également pour avoir su trouver avec justesse un superviseur de practicum qui pouvait m'accompagner dans cette partie de ma maîtrise et qui a su nourrir mes réflexions. Ce coup de pouce m'a permis de me rassurer quant à mon choix de maîtrise et m'a motivé à poursuivre. Merci pour sa disponibilité, sa patience et sa bienveillance. Je garderais de bons souvenirs de nos rencontres d'équipe et de toute cette expérience.

Je souhaite également remercier madame Isabelle Brault, ma codirectrice, qui s'est jointe en plein milieu de l'aventure et qui a permis d'enrichir mon mémoire grâce à ses judicieux conseils. Merci pour son implication dans mon projet, son écoute, sa gentillesse et pour ses encouragements.

Un sincère merci pour monsieur Jean-Sébastien Turcotte qui a été mon superviseur de practicum durant plusieurs mois. Il a su me partager avec beaucoup de passion son rôle et a su me confier des mandats qui m'ont permis de développer mes compétences.

Mes remerciements aussi pour les membres de mon comité d'approbation, madame France Dupuis et monsieur Étienne Paradis-Gagné, qui m'ont permis d'enrichir mon travail par leurs commentaires constructifs.

Je tiens à remercier madame Marie Désilets, la bibliothécaire du Centre de documentation de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, qui a été d'une aide précieuse dans l'amorce de ce projet.

Finalement, un merci tout particulier à mon mari qui m'a accompagné ces cinq dernières années dans cette aventure. Merci pour son soutien, sa compréhension et sa patience. Merci de me rendre si fière de moi! Je sais que sans lui, cet accomplissement n'aurait pas été le même.

Merci à toutes ces personnes qui ont su faire de ce projet une expérience enrichissante. Je suis très fière de ce chemin parcouru!

Introduction

Ce mémoire s'intéresse aux interventions qu'une ou un gestionnaire de soins de santé, plus spécifiquement dans le domaine des sciences infirmières, peut mettre en place afin de prévenir autant que possible la violence des patients auprès du personnel, infirmier ou non. À travers le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998), ce projet vise à classer les nombreuses interventions recensées dans la littérature en fonction des différents facteurs de risque ayant contribué à la violence.

Ainsi dans ce mémoire, la problématique expose les conséquences, les facteurs de risques ainsi que le rôle du gestionnaire au regard de la violence perpétrée par les patients sur le personnel de soins. Par la suite, le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998) est présenté et son apport en lien avec le projet est expliqué. La méthodologie et les raisons justifiant le choix d'une revue rapide des écrits sont détaillées. Puis, les résultats sont présentés en fonction des sept types de facteur du cadre de référence choisi. Finalement, la discussion permet de faire la lumière sur le rôle et l'apport du gestionnaire en lien avec les écrits, de faire un retour sur les résultats grâce à un regard plus critique sur leur transférabilité et leur applicabilité, d'analyser les forces et limites de ce projet et d'en établir les implications.

Problématique

Dans le domaine des soins infirmiers, la violence fait malheureusement encore partie des risques du métier (Shields et Walkins, 2009). Un sondage de Statistique Canada en 2006 indique que 29 % du personnel infirmier interrogé au Québec a été victime de violence physique par un patient au cours de l'année précédente. La violence est particulièrement répandue dans le domaine de la santé mentale (Spector et al., 2014). À ce jour, aucune statistique ne permet d'établir l'ampleur de la violence en psychiatrie dans la province du Québec. Toutefois, au Canada en 2005, c'est jusqu'à 70% du personnel infirmier œuvrant en psychiatrie qui a subi de la violence verbale provenant d'un patient au cours d'une année et jusqu'à 44% qui ont été physiquement agressées, ce qui classe la psychiatrie comme un des domaines les plus à risque (Shields et Walkins, 2009). Même si ces statistiques sont importantes, elles ne sont pas représentatives de l'ampleur du problème (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2019). En effet, la sous-déclaration de la violence au travail est fréquente dans les milieux de soins (AIIC, 2019). Cette sous-déclaration peut s'expliquer par plusieurs causes, mais la plus importante provient d'une croyance de la part du personnel infirmier travaillant en psychiatrie. Ainsi, la violence ferait « partie de la job » [traduction libre] (Stevenson et al., 2015, p. 9) et les agressions sont à prévoir, ce qui contribue à sa normalisation (Moylan et al., 2016).

Même si elle est normalisée, la violence physique est moins acceptée de la part du personnel infirmier, comparativement à la violence verbale. Elle entraîne plus de détresse émotionnelle ainsi que de remise en question et l'inquiète davantage (Stevenson et al., 2015). La violence verbale est, quant à elle, souvent peu prise en compte en psychiatrie, car généralement, la violence est décrite par le personnel infirmier comme un épisode menaçant et dangereux pour le bien-être de la cible (Stevenson et al., 2015). La définition de la violence varie d'ailleurs chez le personnel infirmier (Perron et al., 2015), mais également dans les écrits (AIIC, 2019). En effet, les termes « violence », « agressivité » et « agression » sont pour la plupart utilisés de façon interchangeable (Perron et al., 2015). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la violence se définit comme suit :

La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou

risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations (OMS, 2002, p. 5).

Cette définition englobe la violence au travail et comprend les actes de nature physique (donner des coups de pied, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, pousser, mordre, etc.), verbale (insultes, dénigrement, intimidation, accusations, etc.) et sexuelle (OMS, 2002). Dans le contexte où un employé se fait agresser par une personne extérieure à l'organisation, comme dans le cas d'un patient hospitalisé, on parle alors de violence interpersonnelle externe vécue en milieu de travail (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2018). Légalement, au Québec, toute violence vécue dans son milieu de travail est considérée comme un accident de travail (Lippel et Lanctôt, 2014). Quelle que soit la nature de la violence au travail, ses répercussions peuvent être néfastes et toucher plusieurs dimensions autant au niveau individuel, organisationnel que sociétal.

Dans une revue systématique, Lanctôt et Guay (2014) classent les conséquences de la violence au travail auprès du personnel de santé en sept dimensions soit physique, psychologique, émotionnelle, sociale, la relation avec le patient/qualité des soins, le fonctionnement dans le milieu de travail et financière. Concernant les conséquences liées à la victime, il peut y avoir de multiples conséquences physiques (ex. ecchymoses, trauma physique, etc.), mais également de la détresse psychologique ou émotionnelle telle que de la peur, vulnérabilité, perte de confiance en soi (Lanctôt et Guay, 2014), voire un état de stress post-traumatique (Stevenson et al., 2015). Ce sentiment de peur pourrait d'ailleurs amener l'infirmière ou l'infirmier à utiliser des mesures de contrôle de façon préventive (Jacob et Holmes, 2011). Les conséquences peuvent même perturber la vie sociale et familiale de la victime (Lanctôt et Guay, 2014). La violence a également des conséquences sur la relation entre l'infirmière ou l'infirmier et le patient¹. L'infirmière ou l'infirmier victime de violence pourrait se mettre à craindre tous les patients (violents ou non) (Lanctôt et Guay, 2014), à devenir moins empathique (Gates et al., 2011), à perdre confiance en ses capacités professionnelles (Stevenson et al., 2015), à changer son attitude au travail (Lanctôt et Guay, 2014) et même à devenir cynique envers son emploi (Ünsal Atan et al., 2013). Ainsi ces conséquences viendraient affecter

¹ Au cours de ce mémoire, l'emploi du masculin « patient » a été choisi afin de faciliter la lecture, mais son emploi se veut inclusif du genre féminin.

l'efficacité et la productivité (Jacobovitz, 2013; Gates et al., 2011) voire la qualité des soins (Lanctôt et Guay, 2014). La violence a aussi des conséquences sur le fonctionnement de l'infirmière ou l'infirmier dans son milieu de travail. La victime de violence pourrait décider de quitter temporairement ou définitivement le milieu ce qui entraîne des impacts pour l'organisation du fait de son absentéisme ou du roulement de personnel (Lanctôt et Guay, 2014; OMS, 2002). Finalement, l'absence au travail, les suivis médicaux, l'invalidité ou le décès de la victime entraînent des coûts financiers (OMS, 2002). Toutes ces conséquences ont un impact majeur sur le personnel et le système de santé (Lanctôt et Guay, 2014) : il devient alors essentiel de comprendre les facteurs qui augmentent le risque de violence afin de prévenir l'occurrence d'une telle situation (Groleau et Da Silva Guerreiro, 2019).

Dans la majorité des cas, la violence provenant des patients est prévisible (Groleau et Da Silva Guerreiro, 2019; Papadopoulos et al., 2012) et l'accumulation de plusieurs facteurs en est la cause (Baby et al., 2014). Les facteurs augmentant le risque de violence peuvent être liés à l'agresseur tels des patients de sexe masculin (Iozzino et al., 2015), jeunes (Cornaggia et al., 2011), étant hospitalisés depuis longtemps (Cornaggia et al., 2011) et hospitalisés contre leur gré (Iozzino et al., 2015). De plus, les patients ayant des troubles mentaux sévères (Cornaggia et al., 2011; Stevenson et al., 2015), parfois combinés avec un trouble de personnalité (Iozzino et al., 2015; Ridenour et al., 2015) ou un trouble d'abus de substances (Cornaggia et al., 2011), surtout l'alcool (Iozzino et al., 2015), sont les plus à risque d'être agressif. Des antécédents de violence (Iozzino et al., 2015) ou judiciaires (Perron et al., 2015) sont également des facteurs prédictifs importants d'un comportement violent. Des facteurs peuvent être liés spécifiquement au personnel infirmier. En effet, il a été démontré que le risque de violence est augmenté, par exemple, si l'infirmière ou l'infirmier abuse de son pouvoir (Hylén et al., 2019) ou que le patient a un sentiment de perte de contrôle (Stevenson et al., 2015). À l'inverse, la relation thérapeutique serait un facteur de protection contre la violence, car selon les infirmières et les infirmiers, elle est « décrite comme un outil essentiel afin de reconnaître les signes annonciateurs d'une agression et, le cas échéant, de désamorcer celle-ci » (Perron et al., 2015, p. 54). Des facteurs en lien au fonctionnement de l'unité ou à l'environnement physique peuvent être des éléments déclencheurs tels les règlements d'unité et le système de privilège (par exemple, obtenir le droit de sortir pour aller fumer) (Perron et al., 2015), les espaces restreints

(Stevenson et al., 2015), le bruit ambiant, l'éclairage, etc. (Perron et al., 2015). Certains facteurs organisationnels ou de relation de travail peuvent expliquer la survenue de la violence comme un manque de ressources humaines (Stevenson et al., 2015), une surcharge de travail (Perron et al., 2015), une mauvaise relation de travail entre collègues ou un manque de soutien de la part du gestionnaire (Shields et Walkins, 2009). Comprendre les facteurs ou les déclencheurs en cause lors d'un incident, tel un événement de violence, aidera alors la mise en place d'interventions ciblées dans le but d'avoir une gestion des risques proactive plutôt que réactive (Reason, 2000).

Qu'elle soit de type physique, verbal ou sexuel, la violence ne devrait jamais être tolérée dans un milieu de travail (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2019). Pourtant, il est de plus en plus évident qu'en milieu psychiatrique, le risque zéro en termes de violence de la part des patients auprès du personnel infirmier est impossible (Hylén et al., 2019). Il est alors primordial de prévenir la violence au travail (Baby et al., 2014). Selon l'OMS (2004), il existe trois paliers de prévention : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Depuis plusieurs années, l'accent a été mis davantage sur des interventions de prévention primaire visant à empêcher l'événement de se produire (OMS, 2004), notamment par le biais de formations (Handa et al., 2011). En effet, à l'heure actuelle, de nombreux hôpitaux proposent aux employés de suivre une formation sur la prévention de la violence (Jacobowitz, 2013). Au Québec, les établissements de soins de santé peuvent offrir le programme Oméga (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales [ASSTSAS], 2018). Cette formation de quatre jours permet aux employés de reconnaître les signaux précurseurs de la violence, de faire l'évaluation du risque, d'apprendre et intégrer des habitudes sécuritaires d'intervention, de désamorcer les situations à risque en fonction de la pyramide d'agressivité, de communiquer efficacement dans une équipe de gestion de crise et d'apprendre des techniques simples de défense et de protection (Boyer et al., 2014). La prévention secondaire fait appel à des interventions visant à intervenir immédiatement après l'événement violent (OMS, 2004) afin de soulager la détresse, minimiser les dommages à court terme et prévenir les conséquences à long terme (Handa et al., 2011; OMS, 2004) notamment par l'utilisation de séances de retour post-événement. Ces séances permettent d'une part à tous les intervenants impliqués de partager leur expérience et leurs sentiments avec leurs collègues en lien avec la situation vécue,

particulièrement la victime, et d'autre part de passer en revue l'incident afin d'en comprendre l'origine et d'examiner son déroulement (Goulet et Larue, 2016). En ce qui concerne les interventions de prévention tertiaire, elles sont offertes sur le long terme et se présentent souvent sous la forme de programme de réhabilitation pour les victimes afin de les aider à se réinsérer dans la société (OMS, 2004). Selon Baby et al. (2014), si aucune intervention efficace n'est mise en place en fonction des facteurs prédisposants ou précipitants, alors le cycle de la violence reprendra, et ce de manière exponentielle. Afin de briser ce cycle de violence en milieu hospitalier, il appert donc essentiel de mettre en place et d'assurer la pérennité d'interventions de prévention primaire et secondaire (Handa et al., 2011). L'infirmière ou l'infirmier gestionnaire est d'ailleurs considéré comme une personne clé quand vient le temps d'assurer un environnement de travail sain et sécuritaire et d'implanter ce type d'interventions auprès des équipes de soins (RNAO, 2019).

Selon l'Organisation internationale du Travail et al. (2002), la prévention de la violence au travail est l'une des responsabilités du gestionnaire. En effet, il est fortement recommandé que celui-ci mette en place des protocoles et des interventions pour répondre aux besoins de son équipe quant à la prévention de la violence en milieu de travail (RNAO, 2019). D'ailleurs, le personnel infirmier s'attend à recevoir du soutien de la part de l'infirmière ou l'infirmier gestionnaire, qu'il soit de manière directe (communication régulière, présence dans le milieu, etc.) (Heckemman et al., 2017; Hylén et al., 2019) ou indirecte (amélioration de l'environnement, mise en place de lignes directrices, etc.) (Stevenson et al., 2015). Or, même si les infirmières ou infirmiers gestionnaires démontrent une attitude positive pour la prévention de la violence, peu s'engagent à apporter de réels changements organisationnels au sein de leur milieu de travail (Heckemann et al., 2017). Cet écart s'explique en partie par un « contrôle comportemental perçu limité » [traduction libre] (Heckemann et al., 2017, p. 3055). Autrement dit, les infirmières ou infirmiers gestionnaires n'ont pas le sentiment d'avoir suffisamment de pouvoir pour apporter des changements organisationnels du fait que cela leur demande beaucoup de temps, de persévérance et de détermination pour faire valoir l'importance de cette problématique auprès de la haute direction. Ainsi, il est possible que des gestionnaires ne placent pas cette problématique comme prioritaire et même s'en désengagent (Heckemann et al., 2017). Par ailleurs, même au sein de la culture organisationnelle, il peut exister une normalisation de

la violence (INSPQ, 2018). Certaines infirmières ou infirmiers gestionnaires vont considérer la violence comme inévitable (Heckemman et al., 2017; Hylén et al., 2019) et cette violence sera alors banalisée (INSPQ, 2018). Selon des témoignages d’infirmières et infirmiers victimes, il a même été rapporté qu’elles et ils peuvent être blâmés après un événement violent (Stevenson et al., 2015). Tous ces éléments contribueraient alors à perpétuer une culture du silence dans les milieux de soins (Christie, 2015; INSPQ, 2018) et mèneraient à une sous-déclaration de l’événement violent (INSPQ, 2018). Pourtant, selon la RNAO (2019), la ou le gestionnaire doit s’impliquer activement dans la reconnaissance de la violence au travail, le soutien auprès de son équipe et dans un changement de culture organisationnelle relativement à la violence au travail.

Un des plus grands défis pour rendre le système de santé plus sécuritaire est d’arriver à engager toutes les parties prenantes à améliorer la culture au sein des institutions de santé (Institute of Medicine, 2001). La culture de sécurité des soins en santé est née de ce besoin d’assurer des soins sécuritaires et de qualité pour les patients (Nieva et Sorra, 2003). Or, la culture de sécurité touche autant les patients que le personnel (Brousseau, 2019). En effet, en améliorant la culture de sécurité auprès du personnel, cela aura également des répercussions sur les soins offerts aux patients, par exemple, en diminuant l’utilisation des mesures de contrôle (Goetz et Taylor-Trujillo, 2012). La culture de sécurité vise « à modifier une culture de soins de santé dans laquelle les erreurs sont pistées, analysées et interprétées en vue d’être améliorées, pour optimiser la qualité des soins, plutôt que pour blâmer le ou les individus » [traduction libre] (Institute of Medicine, 2001, p. 46). La culture de sécurité renvoie alors à l’approche de *facteurs humains* de Vincent et al. (1998) qui mise sur la compréhension de multiples facteurs dont ceux organisationnels pour analyser l’erreur plutôt que de condamner l’individu. Les gestionnaires peuvent donc soutenir davantage le personnel en encourageant une culture qui décrit la violence au travail comme un problème institutionnel afin d’atténuer les sentiments potentiels de culpabilité et de honte de la victime associés au « blâme de la victime » [traduction libre] (Department of Health and Human Services, 2017, p. 6). À notre connaissance, seule l’étude de Hylén et al. (2019) présente la perception de la violence et de sa gestion du point de vue des gestionnaires dans un contexte psychiatrique. Selon cette étude, en plus du soutien à l’équipe et de la tolérance à la violence, le style de leadership du gestionnaire est un des éléments qui influent la culture en place (Hylén et al., 2019). En effet, certaines et certains gestionnaires sont

plus structurés dans leur gestion avec la création et la mise en place de politiques et de guides de pratique, par exemple, tandis que d'autres seraient plus orientés par le cas par cas (Hylén et al., 2019). L'infirmière ou l'infirmier gestionnaire qui applique un leadership infirmier transformationnel place le concept de « milieu de travail sain » au cœur de sa pratique professionnelle (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2013). Le leadership transformationnel permet de transformer le milieu de travail grâce à l'application de pratiques transformationnelles dont, entre autres, « bâtir des relations de confiance » et « créer un milieu de travail favorisant l'habilitation » (AIIAO, 2013, p.17). Ainsi, selon la RNAO (2019), le leadership infirmier des gestionnaires passe par la compréhension de la violence au travail et la mise en place de politiques et d'interventions pour sa prévention et sa gestion. Il apparaît donc important de les soutenir concrètement dans l'exercice de leur leadership.

Afin d'instaurer une culture de sécurité, il est essentiel que l'organisation et les leaders adoptent des stratégies visant à prévenir et à gérer la violence en milieu de travail (RNAO, 2019). Depuis quelques années, plusieurs guides de pratiques exemplaires ont été produits en lien avec la prévention de la violence en milieu de travail (Occupational Safety and Health Administration, 2016; RNAO, 2019), mais d'une part, ils ne sont pas spécifiques au domaine de la psychiatrie et d'autre part, selon les écrits scientifiques (Morphet et al., 2019), leur utilisation resterait inégale dans les milieux de soins. À notre connaissance, il n'existe pas de recension des écrits présentant une synthèse des interventions qu'une infirmière ou infirmier gestionnaire peut mettre en place pour favoriser la prévention de la violence des patients auprès du personnel en milieu psychiatrique. Ainsi, les résultats de cette recherche permettront de soutenir les gestionnaires dans le choix des interventions à déployer dans la prévention de la violence dans leur milieu. À plus long terme, ces changements pourraient diminuer la prévalence de la violence, de même que son impact auprès du personnel infirmier et de l'organisation, que celui-ci soit direct (ex. absentéisme, roulement du personnel) ou indirect (ex. baisse de la qualité des soins, perte de loyauté envers l'organisation) (OMS, 2002).

But

Le but de cette revue rapide des écrits est d'identifier des interventions afin de soutenir les gestionnaires dans la prévention de la violence provenant des patients en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel.

Cadre de référence

Cette revue rapide des écrits sera guidée par le **modèle des causes organisationnelles d'accident** qui se base principalement sur les travaux de Reason (1990) (Vincent et al., 1998; Vincent et al., 2002). Développé à l'origine pour l'industrie complexe telle que l'aviation ou l'industrie nucléaire, le modèle de Reason n'est donc pas *a priori* adapté au contexte médical (Vincent et al., 2002). Le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998), quant à lui, a revu et adapté la proposition de Reason. Utilisé pour aider les gestionnaires dans l'analyse des accidents dans la pratique clinique, ce modèle a été créé dans le but d'améliorer la sécurité et la qualité des soins et services (Vincent et al., 1998).

Le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998) propose ainsi l'approche de *facteurs humains* qui permet d'« examiner l'enchaînement des événements qui conduisent à un accident ou à une issue défavorable, à considérer les actions des personnes impliquées, puis, surtout, à regarder plus loin les conditions dans lesquelles travaillaient le personnel ainsi que le contexte organisationnel dans lequel l'incident s'est produit » [traduction libre] (p.1155). Ainsi, les facteurs en cause de l'accident sont multiples. Le blâme ne repose plus seulement sur un individu. Il faut plutôt chercher à comprendre les facteurs organisationnels préexistants. Dans leur article, Vincent et al. (2002, p. 1155) propose le modèle des causes organisationnelles d'accident, présenté ici dans la figure 1.

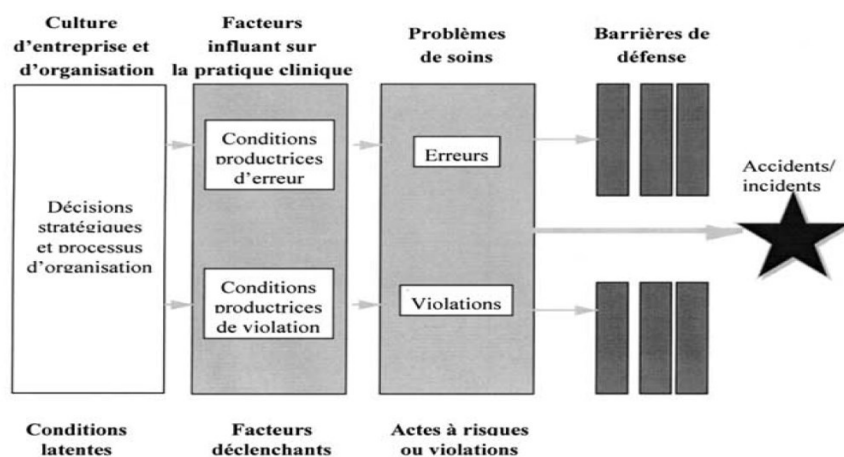


Figure 1. – Modèle des causes organisationnelles d'accident

La séquence menant à l'accident commence par la présence d'une ou plusieurs conditions latentes (Vincent et al., 2002), autrement nommées défaillances latentes (Vincent et al., 1998). **Ces conditions ou défaillances latentes** sont des conséquences négatives provenant de décisions de gestion ou de processus organisationnel de la part des personnes au niveau de la direction. Ces défaillances latentes vont alors définir les conditions de travail dans « lesquelles se produisent les actes dangereux » [traduction libre] (Vincent et al., 1998, p. 1155). Nommées également les **facteurs déclenchants**, les conditions de travail deviennent donc des facteurs influant sur la pratique clinique (Vincent et al., 200) et peuvent par exemple être : une charge de travail importante, un environnement stressant, un manque de personnel, un changement rapide dans l'organisation, un manque de formation du personnel, une supervision inadéquate, un système de communication déficient, un manque d'entretien des équipements (Vincent et al., 1998). Les **problèmes des soins** proviennent d'actes à risque ou de violation de la personne impliquée dans l'accident (Vincent et al., 2002). Nommées également défaillances actives, ces actions ou violations peuvent être souvent répertoriées comme des trous de mémoire, de l'ignorance ou encore une violation des protocoles pouvant venir d'un manque de motivation par exemple (Vincent et al., 1998). Finalement, de nombreuses **barrières de défense** ont été mises en place au fur et à mesure du temps pour se prémunir d'un accident (ex. un son d'alerte), mais il arrive que ces dernières soient insuffisantes pour empêcher l'accident de se produire.

Ainsi, pour Vincent et al. (1998), les accidents ne résultent pas d'une cause unique. La majorité s'explique par la combinaison de mauvaises décisions de gestion ainsi que d'actes dangereux. Ainsi, pour comprendre et prévenir les accidents, il est important d'en faire l'analyse en remontant la chaîne de l'accident par l'identification des problèmes de soins puis les facteurs déclenchants, soit les conditions de travail, ainsi que des conditions latentes avec le contexte organisationnel (Vincent et al., 2002). Dans leur article, Vincent et al. (1998) expliquent que ces conditions de travail sont des « facteurs qui influencent la performance du personnel et peuvent précipiter les erreurs » [traduction libre] (p. 1155). Ainsi, l'analyse doit se faire sur tous les facteurs influençant la pratique clinique qui ont contribué à l'accident, et pas seulement sur l'accident lui-même (Vincent et al., 2002). L'approche doit être systémique puisque l'accident ne relève pas de la responsabilité d'une personne (Vincent et al., 1998), que ce soit le personnel infirmier, les gestionnaires ou l'organisation. Afin qu'une grande partie des événements violents

soient prévenus, il s'agit donc de mettre en place un contexte diminuant le risque à son état minimal grâce à des interventions multifactorielles (RNAO, 2008; RNAO, 2019).

Vincent et ses collaborateurs (1998, 2002) présentent donc un cadre des facteurs influençant la pratique clinique, autrement vu sous le nom de facteurs déclenchants, et précisent les types de facteur et les facteurs contributifs pouvant être impliqués dans un événement accidentel en contexte médical (voir le tableau 1) (Vincent et al., 2002, p. 511).

Types de facteur	Facteurs contributifs	Exemples
1- Contexte institutionnel	Contexte économique et réglementaire Direction des services de santé publique Projet sur la négligence clinique pour les financeurs	Stratégies contradictoires, problèmes de financement
2- Facteurs organisationnels et de gestion	Contraintes et ressources financières Structure organisationnelle Standards et buts stratégiques Priorité et culture de sécurité	Manque de procédures pour la direction générale en vue de réduire les risques
3- Facteurs liés à l'environnement de travail	Combinaison des compétences et des effectifs Charge et modèles de transfert de responsabilité Conception, disponibilité et maintenance de l'équipement Engagement de l'administration et de l'encadrement	Charge de travail élevée, effectifs inappropriés, limitation de l'accès à des équipements essentiels
4- Facteurs d'équipe	Communication orale Communication écrite Supervision et recherche d'aide Structure de l'équipe (cohérence, direction, etc.)	Mauvaise communication entre les personnels
5- Facteurs individuels (personnel)	Connaissances et compétence Qualification Santé physique et mentale	Manque de connaissances ou d'expérience de certains personnels spécifiques
6- Facteurs liés aux tâches à effectuer	Conception des tâches et lisibilité des structures Disponibilité et utilisation de protocoles Disponibilité et pertinence des résultats d'examens complémentaires	Indisponibilité des résultats d'examens ou de protocoles
7- Facteurs liés aux patients	État de santé (complexité et gravité) Expression et communication Personnalité et facteurs sociaux	Patient angoissé ou problème de langue étrangère

Tableau 1. – Cadre des facteurs influençant la pratique clinique

Même si la violence n'est pas un soin, son occurrence devient un accident de travail qui survient à la suite d'une séquence de défaillances latentes et actives. En effet, cet événement comme tout autre accident peut être analysé à travers divers facteurs cliniques en cause. Dans le cadre de notre revue rapide des écrits, le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998) n'a pas été utilisé pour examiner les facteurs en cause, mais plutôt pour identifier des interventions qui ont le potentiel de les influencer. En effet, pour Vincent et al. (1998), il est important de bien saisir les sept types de facteur et leurs facteurs contributifs en cause afin d'identifier des interventions de réduction des erreurs appropriées selon les facteurs. En ce sens, lors de l'extraction des données, chaque intervention a été évaluée pour déterminer quel type de facteur elle vient corriger ou atténuer. Ce cadre de référence a alors permis de structurer la revue rapide des écrits en classant les interventions en fonction de l'un des sept types de facteur de Vincent et al. (1998) présentés préalablement. Comme le soulignent Vincent et al. (1998), en agissant sur plusieurs types de facteurs, et non pas sur un seul, la prise en charge du problème sera plus globale ce qui contribuera à apporter un changement significatif et durable.

Méthodologie

Pour la réalisation de cette recherche, le choix s'est porté sur la revue rapide des écrits pour des raisons pragmatiques et pour favoriser le transfert des connaissances. Il existe, dans les écrits scientifiques, de multiples termes pour la décrire soit « *Rapid Review* », « *Rapid Systematic Review* », « *Rapid Evidence Assessment* », « *Brief Review* », etc. (Tricco et al., 2015). Selon Khangura et al. (2012), il n'existe pas de définition établie d'une revue rapide des écrits, mais celle-ci est produite « grâce à une méthode transparente, scientifique et reproductible qui respecte les principes clés de la synthèse des connaissances » [traduction libre] (Tricco et al., 2017, p. 2) tout en simplifiant, adaptant ou en omettant certaines étapes afin de respecter le temps alloué et de simplifier la démarche (Khangura et al., 2012; Tricco et al., 2017). Généralement, une revue systématique des écrits prend entre 12 et 24 mois pour être complétée et certaines étapes demandent de deux à trois chercheurs (Tricco et al., 2017). Ici, le choix de la revue rapide des écrits est tributaire du temps imparti dans le contexte d'un mémoire avec practicum, soit moins d'un an, et des ressources humaines puisqu'une seule personne, avec l'aide de ses directrices de recherche, est responsable de sa réalisation.

La revue rapide des écrits est de plus en plus utilisée par les décideurs dans les établissements de santé (Tricco et al., 2017). À l'inverse d'une revue systématique des écrits, une revue rapide des écrits peut omettre de faire l'évaluation de la qualité des articles si son objectif n'est pas de vérifier l'efficacité des interventions, mais plutôt d'en faire une recension (Tricco et al., 2017). Ainsi, puisque la revue rapide des écrits prend moins de temps à faire, elle permet donc d'avoir accès rapidement et facilement à des informations pour aider les gestionnaires dans leurs prises de décision (Tricco et al., 2017). Finalement, la revue rapide des écrits permet, entre autres, de les « soutenir [dans] le développement d'interventions cliniques et/ou de programmes de services de santé » [traduction libre] (Khangura et al., 2012, p. 9). Ainsi, cette revue rapide des écrits pourra aider l'infirmière ou l'infirmier gestionnaire à identifier rapidement une ou des interventions pertinentes à mettre en place dans son milieu de travail pour prévenir la violence et ses conséquences auprès du personnel œuvrant en psychiatrie.

Cette revue rapide des écrits se basera sur les cinq étapes détaillées dans le guide de Dobbins, « *Rapid Review Guidebook. Steps for conducting a rapid review* » (2017). Quelques éléments s'inspireront également de la proposition de Tricco et al. (2017) afin d'en préciser les étapes.

1. La première étape consiste à établir la question de recherche (Dobbins, 2017). En effet, il est crucial de commencer la revue rapide des écrits en formulant une question claire et précise (Ganann et al., 2010). Cette question doit se faire sous la forme PICO soit la Population; l'Intervention à considérer; la Comparaison (s'il y a); et le(s) résultat(s) (*Outcome*) (Dobbins, 2017). La question doit être neutre afin d'une part de faire émerger tous les écrits scientifiques pertinents au sujet, et d'autre part pour éviter d'influencer la recherche vers une direction ou un possible résultat (Dobbins, 2017).

Pour cette revue rapide des écrits, la question PIO est : quelles sont les interventions que les gestionnaires peuvent mettre en place (I) pour prévenir la violence des patients (O) auprès du personnel en milieu hospitalier psychiatrique (P)? Il n'y a pas de comparaison ici.

Dans leur revue systématique, Hockenull et al. (2012) définissent une intervention de prévention de la violence comme toute action ou ensemble d'actions explicitement définies prises par un praticien dans le but de réduire le risque de violence pour un individu ciblé.

2. La seconde étape est la recherche des écrits scientifiques (Dobbins, 2017). Afin de répondre aux impératifs de faisabilité d'une revue rapide des écrits, plusieurs stratégies sont utilisées et combinées pour simplifier la recherche documentaire (Tricco et al., 2015) telles que limiter la recherche à deux bases de données, limiter la date de parution des écrits et les langues de rédaction, et limiter le choix des écrits (exclure la littérature grise et ne pas contacter les auteurs) (Tricco et al., 2017). Il est également courant que la sélection des articles ne se fasse que par une seule personne (Tricco et al., 2017).

Cette revue rapide des écrits vise à identifier toutes les synthèses des écrits, les études qualitatives, quantitatives ou mixtes qui présentent des interventions permettant aux gestionnaires de prévenir la violence et ses conséquences provenant des patients dans un contexte de psychiatrie. Cette revue rapide des écrits a été faite dans deux bases de données soit PubMed et CINAHL. Les critères d'inclusion sont : l'article doit être une synthèse des écrits ou une étude qualitative,

quantitative ou mixte; la population à l'étude doit être soit du personnel travaillant auprès de patients ou soit des patients; le milieu doit être en centre hospitalier psychiatrique adulte (18 ans et +), soit général ou légal, ou des unités de soins psychiatriques adultes dans des centres hospitaliers généraux; les écrits doivent être publiés en français ou en anglais; les résultats doivent porter sur des interventions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire en lien avec la violence des patients. Le choix de la population à l'étude s'est porté sur l'ensemble du personnel travaillant auprès des patients (infirmier ou non) afin d'une part de ne pas limiter les résultats de recherche et d'autre part, pour ne pas limiter la portée des recommandations au personnel infirmier seulement. De plus, les patients ont également été retenus comme population à l'étude, car ils peuvent bénéficier de nombreuses interventions dans la prévention de la violence. Afin d'être inclus, les écrits devaient avoir présenté dans leurs résultats une intervention visant à prévenir la violence.

Les critères d'exclusion sont : tous les écrits n'étant pas des revues de synthèse ou des articles scientifiques à devis quantitatif, qualitatif ou mixte; la littérature grise; les écrits ayant plus de 10 ans de parution (ceux antérieurs à 2011); les études sur les enfants, les adolescents, les adultes ayant une déficience intellectuelle ou cognitive et la gérontopsychiatrie; les écrits portant sur la violence autre que celle vécue par le personnel provenant des patients; les études réalisées dans un milieu communautaire ou tout autre milieu n'étant pas un centre hospitalier psychiatrique légal ou général ou une unité psychiatrique dans un centre hospitalier général; les écrits portant sur des interventions en lien avec la prévention ou l'utilisation des mesures de contrôle; les écrits portant sur le traitement des pathologies liées à la violence. Les écrits empiriques et les revues de synthèses ciblant une multitude de populations (ex. adulte, adolescent) ou de milieux d'étude (ex. centre hospitalier, communautaire) pour lesquels il était possible d'identifier les résultats en lien avec la population ou le milieu d'intérêt ont été inclus.

En fonction de la question PIO, trois principaux concepts ont été identifiés soit la violence/agression, les milieux hospitaliers psychiatriques ou les unités de soins psychiatriques et les interventions/la prévention. De plus, pour chaque mot-clé de la même catégorie, l'opérateur OR a été utilisé et les catégories seront mises en relation par l'opérateur AND. Ainsi, la stratégie de recherche a été conçue par une bibliothécaire spécialisée en santé mentale de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal et est présentée à l'annexe A. Pour la sélection des écrits scientifiques, l'étudiante-chercheuse en a été responsable sous la supervision de ses directrices de recherche. Les écrits dont le titre et le résumé ne rencontraient pas les critères d'inclusion et

d'exclusion ont été exclus de la première sélection. Par la suite, une dernière sélection a été réalisée après la lecture complète de l'article (Dobbins, 2017).

3. La troisième étape permet d'évaluer la qualité des articles (Dobbins, 2017). Cette étape est parfois omise dans plusieurs revues rapides des écrits dans le but toujours d'alléger la recherche (Tricco et al., 2015). Cette étape peut ne pas être réalisée si « le but de la revue rapide des écrits est d'évaluer la littérature disponible plutôt que d'évaluer des effets spécifiques » [traduction libre] (Tricco et al., 2017, p. 27-28).

Ainsi, puisque cette revue se veut être un document synthèse des interventions identifiées dans les écrits pour prévenir la violence auprès du personnel en milieu psychiatrique et non une évaluation approfondie de l'efficacité de ces interventions sur la violence, cette étape n'a pas été faite.

4. La quatrième étape est de synthétiser la recherche et elle se divise en trois sous-étapes soit l'extraction des données, la synthèse des données et la rédaction des conclusions (Dobbins, 2017).

L'extraction des données permet de faire émerger les données importantes de l'article sélectionné, dont les éléments de la question PIO (Tricco et al., 2017). Cette sous-étape a été faite par l'étudiante-chercheuse sous la supervision de ses directrices, ce qui est commun dans une revue rapide des écrits (Tricco et al., 2017). Pour cette revue rapide des écrits, l'extraction des données a été faite sous forme d'un tableau (voir annexe B) qui comprend les colonnes suivantes : référence de l'écrit scientifique; type de publication; but de l'écrit; pays où se déroule l'étude; milieu de l'étude; population cible; interventions implantées; résultats (Dobbins, 2017). Une colonne a été ajoutée afin de documenter les articles qui mentionnent explicitement des gestionnaires (infirmière ou infirmier-chef de service ou infirmière assistante-chef de service/infirmier assistant-chef de service) et de leur rôle dans la mise en place des interventions que ce soit au niveau de la création de l'intervention, des résultats de l'étude ou de la discussion. Ce faisant, cela a permis d'enrichir la discussion sur la place qu'occupent les gestionnaires dans la prévention de la violence dans les dernières études scientifiques. Il convient toutefois de préciser que l'implication du gestionnaire dans le bon déroulement de l'étude (ex. recrutement ou collecte de données en soi) n'a pas été considérée dans cette démarche de compréhension de rôle. Il en est de même lorsque l'étude mentionne seulement qu'une ou un gestionnaire a été participant sans en préciser le rôle.

La synthèse des données, quant à elle, vise à organiser les résultats provenant de l'extraction des données dans le but de simplifier la rédaction des conclusions. Dobbins (2017) propose d'ajouter des tableaux connexes pour faire cette sous-étape. Ainsi, pour cette revue rapide des écrits, la synthèse des données a permis d'identifier l'ensemble des interventions des articles inclus. Celles-ci ont été regroupées, sous forme de tableau Excel (voir annexe C pour un extrait), en fonction du cadre de référence de Vincent et al. (1998). Ainsi les sept types de facteur ont été les grands thèmes de la revue rapide des écrits et les facteurs contributifs ont guidé les sous-thèmes. Certaines interventions se sont retrouvées dans plusieurs types de facteurs. Qu'il s'agisse de revues de synthèse ou d'articles scientifiques, les éléments qui composent l'intervention ont été décrits en fonction du type de facteur (ou grand thème) auxquels ils se rattachent. Par ailleurs, les interventions multimodales ou complexes ont été décomposées pour que chacun de ses éléments se retrouve sous un des sept types de facteur. Il est important de mentionner que l'étudiante-chercheuse a été sensible à la possibilité de sous-thèmes émergents. Toutefois, toutes les interventions ont pu être classées selon les sept types de facteur du cadre de référence de Vincent et al. (1998).

La rédaction des conclusions permet d'élaborer les recommandations en vue de répondre à la question de recherche (Dobbins, 2017). Afin de bien réaliser cette étape, Dobbins (2017) explique que tous les résultats doivent être pris dans leur ensemble et pas seulement les éléments positifs qui en ressortent. Ainsi, toutes les interventions identifiées lors de l'extraction des données ont été présentées dans le chapitre des résultats que les retombées soient significatives ou non. En effet, il nous apparaît évident que le contexte de l'étude pouvant être différent du contexte local, les retombées pourraient également l'être. Toutefois, il est important de mentionner que les retombées non significatives ont été clairement indiquées lors de la présentation des résultats. Il est également essentiel de comparer les résultats en fonction des études. Autrement dit, les résultats provenant d'une revue systématique des écrits n'auront pas le même poids que les résultats d'une étude unique (Dobbins, 2017). Ainsi, il a fallu être vigilant lors de la rédaction de la revue rapide des écrits pour que les conclusions, autrement dit ici les recommandations, soient présentées de manière transparente (Dobbins, 2017).

5. La cinquième étape revient à évaluer l'applicabilité et la transférabilité des recommandations émises à la précédente étape. Dobbins (2017) propose d'utiliser l'Outil

d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des preuves de Buffet et al. (2011). Cet outil (voir annexe D) permet de vérifier si les interventions trouvées sont appropriées pour le contexte dans lequel on veut les implanter (Buffet et al., 2011). Pour ce faire, les auteurs suggèrent 23 questions qui permettent de vérifier, d'une part, si les recommandations peuvent s'appliquer au milieu en évaluant leur acceptabilité politique, sociale ou organisationnelle et la disponibilité des ressources humaines et, d'autre part, si les recommandations peuvent être transférées dans le milieu en évaluant entre autres, si l'intervention aura la même portée dans un contexte différent et si l'intervention sera rentable en termes d'impact sur la population cible (Buffet et al., 2011). Buffet et al. (2011) suggèrent de sélectionner les questions en fonction de celles qui nous paraissent les plus importantes selon les recommandations émises et le contexte local. Pour ces raisons et également par souci d'efficacité, trois questions de cet outil ont été ciblées par l'étudiante-chercheuse et qui touchent les concepts d'applicabilité et de transférabilité.

Pour le concept d'applicabilité :

- 1) « Comment devons-nous adapter l'intervention à notre situation locale? » (Ressources essentielles disponibles, humaines ou financières)
- 2) « Est-ce que l'intervention s'intègre dans les plans stratégiques et opérationnels actuels de l'organisation? » (Expertise et capacité organisationnelles)

Pour le concept de transférabilité :

- 3) « Est-ce que des différences dans les caractéristiques (par exemple, l'origine ethnique, les variables sociodémographiques, le nombre de personnes affectées) influenceront l'efficacité de l'intervention au contexte local? »

Pour Dobbins (2017), cette étape doit être faite en concertation avec des membres du public ciblé afin de déterminer si les recommandations s'appliquent au contexte local. Ainsi, une partie de la discussion permet de faire l'évaluation de l'applicabilité et la transférabilité des résultats significatifs ou non significatifs au contexte local et plus spécifiquement en contexte d'urgence psychiatrique au Québec. En effet, puisque cette revue rapide des écrits est réalisée dans le cadre d'un mémoire avec practicum, cette étape a été bonifiée grâce aux réflexions du superviseur de stage qui est un infirmier gestionnaire en milieu psychiatrique.

Résultats

La recherche documentaire sur la base de données PubMed a donné 1144 écrits et celle sur la base de données CINHAL a donné 724 écrits. Une fois les doublons retirés, 1573 écrits ont été triés selon les critères d'inclusion et d'exclusion. À la suite du premier tri, 263 écrits ont été retenus pour une lecture approfondie afin de déterminer leur éligibilité. Un total de 147 écrits a rempli les critères d'inclusion et d'exclusion, dont 37 revues de synthèse et 110 articles empiriques (voir la figure 2 pour le diagramme de flux PRISMA). Vu la richesse de la recherche documentaire, il a été décidé que la liste de références des articles retenus ne sera pas consultée.

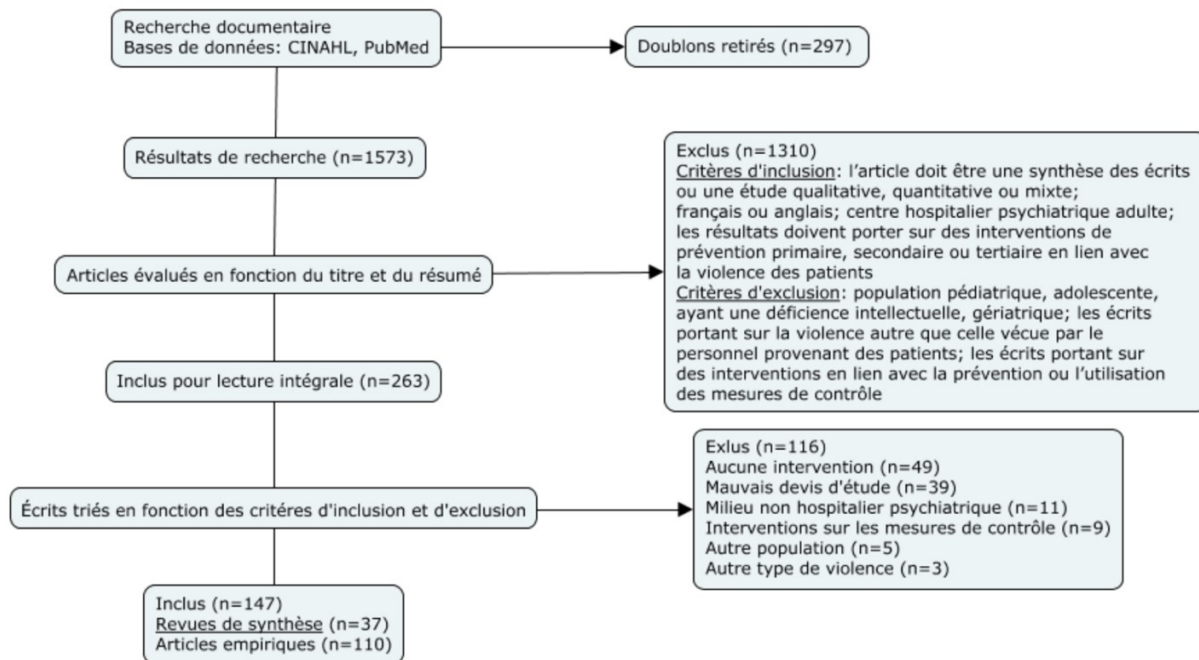


Figure 2. – Diagramme de flux PRISMA

Au niveau des revues de synthèse, on retrouve 15 revues systématiques (avec ou sans méta-analyse) (Darmedru et al., 2018; Gaynes et al., 2017; Geoffrion et al., 2020; Hallett et al., 2014; MacInnes et Masino, 2019; O'Shea et Dickens, 2014; O'Shea et al., 2013; Qureshi et al., 2021; Rampling et al., 2016; Raveel et Schoenmakers, 2019; Ross et al., 2013; Sturgeon et al., 2018;

Sygel et Wallinius, 2021), 19 revues de littératures (Anderson et Jenson, 2019; Asikainen et al., 2020; Boyce et al., 2021; Citrome et Volavka, 2011; d'Ettoire et Pellicani, 2017; Daffern et al., 2012; Ghosh et al., 2019; Hallett et Dickens, 2017; Jacobowitz, 2013; Jones et Harvey, 2020; Kapoor et al., 2020; Kaszuba, 2012; Martinez, 2016; Mistler et Friedman, 2021; Mohr et al., 2017; Quinn et Kolla, 2017; Strassnig et al., 2020; Szabo et al., 2015; Tully et al., 2015), deux revues narratives (Horowitz et al., 2015; McDermott et Holoyda, 2014) et une revue rapide des écrits (Dumont et al., 2018). Concernant les écrits empiriques, l'analyse contient 82 articles à devis quantitatif, 15 articles à devis qualitatif et 13 articles à devis mixte.

Concernant les résultats en lien avec la mention du questionnaire dans les écrits analysés, huit ont eu des questionnaires comme participants, mais sans préciser leur rôle. Tel qu'indiqué dans la méthodologie, ils n'ont donc pas été pris en compte dans les prochains paragraphes (Berring et al., 2016; Björkdahl et al., 2013; Bowers et al., 2015; Fletcher et al., 2019b; Hallett et Dickens, 2015; Moylan et al., 2016; Olsson et Schön, 2016; Pulsford et al., 2013). Sur les 139 écrits restants, seulement 24 abordent le rôle du questionnaire que ce soit dans la création ou l'implantation de l'intervention, dans les résultats de l'étude ou dans la discussion (Asikainen et al., 2020; Badeaux et al., 2020; Cheung et al., 2018; Dickens et al., 2020a; Dumais et al., 2012; Forsyth et Trevarrow, 2018; Foster et al., 2018; Gaynes et al., 2017; Hallett et al., 2018; Hsieh, 2020; Isaak et al., 2017; Jacobowitz, 2013; Lantta et al., 2016a; Magnavita, 2011; Maguire et al., 2017; Martinez, 2016; Mistler et Friedman, 2021; Rodrigues et al., 2021; Sarver et al., 2019; Spaducci et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021; Yao et al., 2014; Yragui et al., 2017; Zuzelo et al., 2012).

Les résultats sont présentés en fonction des sept types de facteur de Vincent et al. (1998) soit :1) le contexte institutionnel; 2) les facteurs organisationnels et de gestion; 3) les facteurs liés à l'environnement de travail; 4) les facteurs d'équipe; 5) les facteurs individuels (personnel); 6) les facteurs liés aux tâches à effectuer; 7) les facteurs liés aux patients. Ainsi, chaque intervention extraite des écrits a été analysée et catégorisée en précisant sur quel facteur contributif du cadre de référence de Vincent et al. (1998) elle vient répondre. Toutefois, certains facteurs contributifs ont été ajoutés ou légèrement modifiés afin de rendre compte avec le plus d'exactitude les résultats obtenus.

Type de facteur 1 – Contexte institutionnel

Au total huit écrits présentent des interventions en lien avec ce type de facteur. Seul le facteur contributif du contexte règlementaire est ressorti dans l'analyse des écrits.

Contexte règlementaire

Les interventions se rapportant à ce facteur peuvent être classées selon les règles de sécurité, la politique pour un environnement sans-fumée ainsi que les règlements d'unité.

Règles de sécurité sur les unités de soins

Plusieurs auteurs ont rapporté la nécessité d'instaurer des règles visant à assurer la sécurité du personnel et des patients sur les unités de soins (Bhat et al., 2020; Hallett et al., 2014; Lantta et al., 2016a; Schneeberger et al., 2017). La recherche des armes est une règle de sécurité qui peut s'appliquer aux patients et aux visiteurs (Hallett et al., 2014), et ce autant pour la fouille corporelle que pour les effets personnels (Lantta et al., 2016a). Par ailleurs, concernant les visiteurs, il a été souligné l'importance de tenir des registres ainsi que de mettre en place des badges d'identification (Hallett et al., 2014). Il est aussi conseillé de retirer tous les objets tranchants des unités de soins (Bhat et al., 2020). Dans l'étude de Schneeberger et al. (2017), une politique d'unités à portes ouvertes a été instaurée, à l'inverse des unités aux portes barrées qui sont communément mises en place pour augmenter la sécurité en évitant aux patients de circuler librement en dehors des unités de soins. Or, cette forme de coercition peut être source de conflit auprès des patients. Toutefois, les résultats de l'étude n'ont pas été concluants.

Politique pour un environnement sans-fumée

Dans leur étude, Spaducci et al. (2020) présentent une politique sans-fumée au sein de l'institution. Cette politique est applicable autant à l'intérieur des bâtiments, que des jardins ou du terrain plus large. De plus, les pauses pour fumer ne sont plus autorisées, car cela peut être une source de conflit importante. En contrepartie, des thérapies de remplacement de la nicotine (médication, soutien psychologique, etc.) sont offertes. Finalement, tous dispositifs rappelant l'usage du tabac (ex. cendriers, abris fumeur) ont été retirés du terrain de l'établissement.

Règlements d'unité

Les règlements sur le fonctionnement de l'unité demeurent une intervention nécessaire dans la prévention de la violence (Bhat et al., 2020; Olsson et Schön, 2016; van Wijk et al, 2014). van Wijk et al. (2014) expliquent que les règles d'unité (ex. l'interdiction de flâner autour du poste du personnel infirmier) ainsi que leurs raisons d'être doivent être expliquées aux patients, voire qu'il faut impliquer ces derniers dans leur création et leur mise en place. Il peut même être intéressant d'afficher les règles d'unité (Bhat et al., 2020). Il a été rapporté que des règles peuvent à la fois offrir un sentiment de sécurité et s'avérer un obstacle si elles ne permettent pas une certaine flexibilité en fonction des besoins des patients (Olsson et Schön, 2016).

Somme toute, les écrits sur le contexte réglementaire permettent de constater que tant le personnel que les patients estiment que la prévention et la gestion de la violence doivent faire l'objet d'une politique structurée et formelle (Hallett et al., 2014). Ainsi, les règles d'unité ou les diverses politiques encadrant la violence sont jugées comme des interventions capitales dans la prévention des agressions grâce à un environnement rendu plus sécuritaire (Hallett et al., 2014; Zuzelo et al., 2012; Lantta et al., 2016a). Toutefois, concernant les politiques plus institutionnelles, la ou le gestionnaire a moins de pouvoir d'action. Elle ou il a, par contre, un rôle à jouer quant à la mise en place des règlements d'unité et peut encourager son équipe en ce sens tout en favorisant une certaine flexibilité à leur égard.

Type de facteur 2 – Facteurs organisationnels et de gestion

Au total, huit écrits scientifiques présentant des interventions multimodales ont été analysés pour ce type de facteur. Elles ont toutes été classées dans le facteur contributif de la culture organisationnelle.

Culture organisationnelle

Un changement de culture organisationnelle peut être bénéfique pour prévenir la violence dans le milieu de soins. Afin de créer une culture de soins centrée sur la personne et axée sur le rétablissement (Horowitz et al., 2015), une culture de soins orientée vers le patient (Urheim et al.,

2020), un milieu thérapeutique entre le personnel infirmier et les patients (Bhat et al., 2020, ou encore une culture basée sur le modèle *Safewards* (Bowers et al., 2015; Dickens et al., 2020a; Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b; Maguire et al., 2018), les auteurs proposent de mettre en place plusieurs interventions simultanément dont certaines sont peu coûteuses. D'ailleurs, on retrouvera le détail de chacune de ces interventions sous le type de facteur correspondant. Pour la culture de soins centrée sur la personne ou le rétablissement ainsi que le milieu thérapeutique, les interventions comprennent, entre autres : de la formation sur le concept de traumatisme et de rétablissement (Horowitz et al., 2015) ainsi que sur la pacification (Bhat et al., 2020; Horowitz et al., 2015); la dispensation de psychothérapies pour le patient (Horowitz et al., 2015); l'implantation d'activités organisées pour le patient (Bhat et al., 2020; Horowitz et al., 2015; Urheim et al., 2020), le retrait de tous les objets dangereux (tranchant, coupant, pointu, etc.) ou encore l'affichage de règlement dans les unités de soins, etc. (Bhat et al., 2020). Urheim et al. (2020) et Horowitz et al. (2015) expliquent qu'implanter une culture de soins centrée sur le patient peut diminuer directement les facteurs de risque de la violence tandis que pour Bhat et al. (2020) la mise en place d'un milieu thérapeutique a permis de diminuer les comportements agressifs et les attitudes d'infraction aux règles. Concernant le modèle *Safewards*, il dresse une liste de dix interventions qui peuvent améliorer les situations potentielles conflictuelles, dont les agressions verbales et physiques (Bowers et al., 2015). Ces interventions peuvent être : un modèle de pacification; une exigence de dire quelque chose de positif à propos de chaque patient lors du rapport de quart de travail infirmier; des informations personnelles structurées, partagées et anodines entre le personnel et les patients (par exemple, préférences musicales, films, etc.) via un dossier « se connaître » conservé dans la salle de séjour des patients, etc. L'implantation de ces interventions ont permis non seulement d'aider à réduire les événements conflictuels, dont les agressions verbales ou physiques entre 15% et 55% (Bowers et al., 2015; Dickens et al., 2020a; Fletcher et al., 2019b; Maguire et al., 2018), mais également d'apporter un changement dans la perception du sentiment de sécurité sur l'unité (Maguire et al., 2018) en développant une culture plus positive et collaborative entre le personnel et les patients (Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b).

Pour conclure sur les facteurs organisationnels et de gestion, l'implantation d'interventions multimodales, telles que celles présentées en lien avec la culture de soins centrée sur la personne ou axée sur le rétablissement ou encore le modèle *Safewards*, peut amener à un changement de

culture organisationnelle relativement à la violence au travail (Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b ; Horowitz et al., 2015; Maguire et al., 2018). Ce changement permet un environnement plus sécuritaire et des conditions de travail plus positives (Bhat et al., 2020; Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b). Horowitz et al. (2015) expliquent que l'engagement envers la nouvelle culture de soins à tous les niveaux organisationnels est un point central afin d'instaurer une culture de changement envers la non-violence et de motiver le personnel à apporter ces changements. Cet engagement peut se démontrer, par exemple, en s'impliquant dans les comités d'implantation des interventions (Dickens et al., 2020a). Par ailleurs, il a été démontré que lorsque la direction arrive à engager les équipes dans le changement alors les interventions sont plus efficaces pour réduire les risques de violence (Horowitz et al., 2015). Ainsi, l'implication du gestionnaire contribue grandement au succès de du changement de culture à long terme (Dickens et al., 2020a).

Type de facteur 3 – Facteurs liés à l'environnement de travail

Au total, 27 écrits proposent des interventions dans ce type de facteur. Cinq facteurs contributifs seront inclus dans cette section dont la composition des équipes de soins et les attentes de rôle, la conception et maintenance de l'environnement physique, la disponibilité d'activités organisées ou significatives dans l'environnement de soins, la disponibilité d'équipements en lien avec la sécurité et le soutien de l'administration.

Composition des équipes de soins et les attentes de rôle

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la composition des équipes de soins et dans l'établissement des attentes de rôle dans une visée de prévention de la violence (Hallett et al., 2014; Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a; Magnavita, 2011; Pulsford et al., 2013; Raveel et Schoenmakers, 2019; van Wijk et al., 2014; Zuzelo et al., 2012). Selon différents écrits, avoir du personnel qualifié, permanent et en nombre suffisant permet, entre autres, d'apporter un sentiment de sécurité pour le personnel et les patients (Hallett et al., 2014; Lantta et al., 2016a; van Wijk et al., 2014), notamment au niveau du ratio d'infirmières et infirmiers par patient pour chaque quart de travail (Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019). Avoir un personnel mixte féminin et masculin pourrait être intéressant non seulement pour entraîner un effet de dissuasion auprès des

patients, mais aussi pour la gestion des agressions (Zuzelo et al., 2012; Pulsford et al., 2013). De plus, du personnel physiquement présent sur les unités de soins, engagé auprès des patients (Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a; van Wijk et al., 2014), ayant une description et des attentes de rôle clairement établies permet de réduire considérablement les incidents violents (Horowitz et al., 2015). Par ailleurs, il serait pertinent d'établir un membre du personnel infirmier leader lorsqu'apparaissent les premiers signes de comportements violents (Lantta et al., 2016a).

Conception et maintenance de l'environnement physique

Dans ce facteur, le design architectural de l'établissement et des unités de soins et les mesures pour rendre l'environnement plus relaxant et confortable y sont classés.

Design architectural de l'établissement et des unités de soins

Plusieurs aspects du design architectural devraient être pris en compte dont le bien-être et la sécurité (Hallet et al., 2014; Lantta et al., 2016a; Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019; Szabo et al., 2015; van Wijk et al., 2014). Pour augmenter le bien-être, l'établissement devrait donner accès à la lumière naturelle et à la nature, comme un jardin extérieur, notamment dans les centres hospitaliers fermés (Szabo et al., 2015). De plus, l'espace physique doit être suffisant avec des salles agrandies et insonorisées (Hallett et al., 2014; Magnavita, 2011; Szabo et al., 2015). L'établissement devrait également comporter des pièces réservées aux patients soit pour être seul ou pour rencontrer des proches en toute intimité (Szabo et al., 2015; van Wijk et al., 2014). Pour terminer, les chambres des patients devraient être individuelles et comprendre des toilettes (Lantta et al., 2016a; Szabo et al., 2015). Afin de créer un environnement plus sécuritaire, les multiples corridors devraient être évités afin d'avoir une meilleure visibilité de l'unité (Szabo et al., 2015), l'éclairage devrait être amélioré (Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019) et le poste infirmier pourrait même être ouvert sans impact sur le taux d'agression (Szabo et al., 2015).

Environnement relaxant et confortable

Afin de rendre l'environnement plus relaxant, des salles sensorielles (*sensory room*) peuvent être implantées (Forsyth et Trevarrow, 2018; Horowitz et al., 2015; Novak et al., 2012; Sutton et al., 2013). Ces salles spécialisées incluent généralement du matériel ou des équipements de détente tels que des couvertures lestées, des livres et de magazines, des chaises berçantes, des

diffuseurs d'odeur, des ballons d'exercice (Novack et al., 2012). En plus d'offrir calme, relaxation et sécurité pour le patient lorsqu'il a envie de s'échapper de l'environnement chargé de l'unité de soins (Forsyth et Trevarrow, 2018; Horowitz et al., 2015; Novak et al., 2012), le personnel pourrait y avoir recours comme méthode de pacification (Forsyth et Trevarrow, 2018; Sutton et al., 2013). Ces salles peuvent même être utilisées par le personnel durant leur pause ou après un incident stressant. En effet, non seulement, les effets seraient bénéfiques pour leur bien-être, mais cela pourrait les encourager à en promouvoir leur utilisation auprès des patients (Forsyth et Trevarrow, 2018). Dans leur étude, Bensimon et al. (2018) présentent plutôt une utilisation détournée de la salle d'isolement comme d'une salle de relaxation grâce à la diffusion d'une liste de lecture faite par le patient qui l'utilise.

Afin de diminuer les risques de violence, le confort de l'environnement pourrait être amélioré (Hallett et al., 2014; van Wijk et al., 2014). Il a été rapporté que le personnel devrait tenir compte des préférences des patients en termes de musique ainsi que des plaintes concernant le volume de la télévision (van Wijk et al., 2014). De plus, la température devrait également être considérée pour rendre l'environnement aussi confortable que possible (Hallett et al., 2014). Enfin, un entretien adéquat est un aspect de l'environnement très important pour les patients. En effet, ceux-ci expliquent que le personnel devrait s'assurer que tous les articles offerts sur l'unité, dont la literie, soient propres et bien rangés, qu'il y ait suffisamment d'effets personnels pour les soins d'hygiène, et que l'entretien ménager ainsi que les mesures de lutte antiparasitaire soient faits conformément aux procédures en place (van Wijk et al., 2014).

Disponibilité d'activités organisées ou significatives dans l'environnement de soins

La mise en place d'activités organisées ou significatives pour les patients a été proposée par plusieurs auteurs (Bhat et al., 2020; Hallett et Dickens, 2017; Hallett et al., 2014; Harrington et al., 2019; Horowitz et al., 2015; Kontio et al., 2014; Kontio et al., 2017; Urheim et al., 2020; van Wijk et al., 2014). Ces activités permettent de prévenir la violence en distrayant le patient de l'ennui et de la frustration, en planifiant ses journées, en donnant un sens aux soins reçus (Bhat et al., 2020; Hallett et al., 2014; Horowitz et al., 2015; Urheim et al., 2020) ou comme technique de diversion lors d'une situation potentiellement à risque de violence (Hallett et Dickens, 2017; Hallett et al., 2014; Harrington et al., 2019). On retrouve dans les écrits des exemples d'activités : activités

physiques ou sportives telles que le football, des activités de détente telles qu'écouter de la musique, faire des exercices de relaxation, converser avec d'autres personnes ou encore des activités manuelles telles que faire du dessin, de la cuisine ou suivre des cours sur l'économie domestique, sur la musique ou des programmes de psychothérapies (Bhat et al., 2020; Hallett et al., 2014; Harrington et al., 2019; Kontio et al., 2014; Kontio et al., 2017; van Wijk et al., 2014).

Disponibilité d'équipements en lien avec la sécurité

Les interventions se rapportant à ce facteur peuvent être classées selon les équipements de sécurité et de l'équipement technologique utilisant l'intelligence artificielle.

Équipements de sécurité

L'utilisation de caméra de surveillance est une intervention rapportée dans quelques études qu'il s'agisse de caméras fixes (Lantta et al., 2016a; Tully et al., 2015) ou de caméra portée sur le corps (Tully et al., 2015). Ces équipements de sécurité peuvent non seulement servir à protéger le personnel lors d'interaction avec les patients ou des fouilles en diminuant le risque d'agression, mais les enregistrements pourraient être utilisés dans une visée de poursuite judiciaire, à des fins de formation pour le personnel ou encore lors de séance de débriefage avec le patient (Tully et al., 2015). D'autres équipements de sécurité ont été mentionnés pour réduire le risque de violence dont l'utilisation de détecteurs de métal, de chiens détecteurs de drogues ainsi que les alarmes de sécurité (Hallett et Dickens, 2015; Lantta et al., 2016a; Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019).

Équipement technologique utilisant l'intelligence artificielle

Deux études présentent l'utilisation d'un équipement informatique spécialisé utilisant l'intelligence artificielle en soutien à l'évaluation du risque d'agression (Le et al., 2018; Menger et al., 2019). En effet, le traitement automatique des langues (*Natural language processing*) permet d'extraire et de classer le contenu d'un dossier de santé électronique de patient en utilisant des outils d'évaluation du risque de violence (Le et al., 2018). Les retombées démontrent que la prédictibilité via ce programme se situe dans les valeurs de celles des outils utilisés. Toutefois, certaines contraintes soulevées par l'utilisation des outils pourraient être surmontées grâce à cet équipement (Menger et al., 2019).

Soutien de l'administration

Les interventions se rapportant à ce facteur peuvent être classées selon les attitudes et le soutien du gestionnaire envers les employés, le soutien et la présence du gestionnaire durant et après l'événement violence, les mesures organisationnelles pour soutenir les employés après l'événement.

Attitudes et soutien du gestionnaire envers les employés

Family-Supportive Supervisor Behaviors est un modèle de soutien social pour les gestionnaires au profit des employés dans le but de créer un contexte positif où ces derniers seront valorisés et respectés (Yragui et al., 2017). Ce modèle se définit par des comportements et des actions de la part du gestionnaire pour soutenir le personnel tels que du soutien émotionnel, du soutien instrumental, des conciliations au travail, etc. Ce modèle peut agir non seulement comme intervention de prévention primaire en créant un contexte de travail positif, moins stressant, pour le personnel qui doit gérer le potentiel de violence, mais aussi comme intervention de prévention secondaire. En effet, grâce à l'adoption de ce modèle de soutien, la ou le gestionnaire peut répondre aux besoins de la victime que ce soit au niveau du soutien psychologique ou des démarches administratives. Par ailleurs, il a été démontré qu'un employé présente moins de symptômes de traumatisme, tels que l'épuisement ou du cynisme, lorsque la ou le gestionnaire adopte ces comportements. En effet, ce modèle de soutien social permettrait d'agir comme facteur de protection pour l'employé en matière de bien-être.

Soutien et présence du gestionnaire durant et après l'événement violent

Le soutien du gestionnaire durant et après un événement violent est capital pour le personnel (Rodrigues et al., 2021; Stewart et Reeves, 2021). Tout d'abord, il serait pertinent que la ou le gestionnaire augmente sa présence lors des codes d'urgence (Stewart et Reeves, 2021). Après l'incident de violence, la ou le gestionnaire peut offrir du soutien en dirigeant les séances de débriefing. Ce soutien permet non seulement de faire émerger les besoins de l'équipe, mais aussi d'établir un plan d'action concerté (Stewart et Reeves, 2021). De plus, les participants de l'étude de Rodrigues et al. (2021) ont exprimé trouver primordial le soutien et la validation du gestionnaire en lien avec leur expérience suivant une agression dans leur milieu de travail. Pour eux, lorsque la

ou le gestionnaire se conforme simplement à la culture organisationnelle en place, cela peut être perçu comme une minimisation de l'impact du traumatisme vécu.

Mesures organisationnelles pour soutenir les employés après l'événement

Il est important de mettre en place des interventions au niveau de l'organisation pour soutenir les employés après un événement violent (Horowitz et al., 2015; Moylan et al., 2016). Horowitz et al. (2015) expliquent qu'il serait pertinent de mettre en place un programme d'aide aux employés ayant vécu un traumatisme. Ce faisant, le personnel présenterait moins de fatigue de compassion, de traumatisme et d'épuisement professionnel (Horowitz et al., 2015). De plus, selon une étude de Moylan et al. (2016), les infirmières et infirmiers agressés auraient un intérêt à participer à des groupes de soutien qui seraient en mesure de répondre à leurs besoins.

En somme, les changements apportés sur le plan de l'environnement de travail sont une priorité autant pour les patients que pour le personnel (Hallett et al., 2014; Pulsford et al., 2013). Il apparaît évident que plusieurs de ces interventions relèvent directement de la responsabilité du gestionnaire comme la composition des équipes de soins ainsi que le soutien qu'il peut apporter à ces membres, tandis que d'autres relèvent plutôt d'une collaboration avec la haute direction telles que les améliorations au niveau du design architectural de l'établissement et des unités de soins, l'utilisation d'équipement de sécurité ou technologique. Finalement, d'autres interventions peuvent être mises en place de concert avec l'équipe telles que les changements à apporter pour rendre l'environnement plus relaxant et confortable ou encore les activités organisées ou significatives pour les patients. Dans de nombreuses études, c'est la combinaison de plusieurs de ces interventions modifiant les facteurs environnementaux qui sera associée à une diminution de la violence (Hallett et al., 2014; Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a). De plus, les interventions en lien avec le soutien du gestionnaire permettent d'établir les attentes du personnel envers lui concernant la problématique de la violence des patients que ce soit en prévention primaire ou secondaire.

Type de facteur 4 – Facteurs d'équipe

Au total, 16 écrits sont classés dans ce type de facteur. Un seul facteur contributif se trouve dans l'analyse soit celui de la communication.

Communication

Dans ce facteur contributif, on retrouve la communication entre le personnel seulement, la communication entre le personnel et les patients et la communication avec les proches des patients.

Communication entre le personnel seulement

La communication est un élément clé dans le fonctionnement d'une équipe. Ainsi plusieurs auteurs rapportent des interventions à mettre en place dans le but d'améliorer cette communication, qu'elle soit orale ou écrite (Amunrud et Bjorklund, 2021; Horowitz et al., 2015; O'Sullivan et al., 2020; Tucker et al., 2020; Urheim et al., 2020; van Wijk et al., 2014; Zuzelo et al., 2012). Tout d'abord, il est nécessaire que les membres du personnel communiquent efficacement à plusieurs reprises lors du quart de travail notamment lorsque le patient présente des signes ou symptômes d'agitation (Horowitz et al., 2015; Tucker et al., 2020). Il est crucial que le personnel partage leurs connaissances sur le risque de violence du patient (Horowitz et al., 2015), puis, qu'ils puissent évaluer le besoin d'intervenir et établir un plan de prise en charge précocement (Horowitz et al., 2015; Tucker et al., 2020). O'Sullivan et al. (2020) présentent une intervention, appelée réunions de sécurité (*Safety huddles*), qui vise à mettre en place de courtes réunions de 10-15min, et ce deux à trois fois par jour afin de discuter d'enjeux de sécurité à l'aide de trois questions : 1) Êtes-vous en sécurité? 2) Lequel de vos patients ne sera pas satisfait de ses soins aujourd'hui? 3) Quel est le plan? Ainsi, tout le personnel a l'occasion d'identifier les facteurs pouvant augmenter le risque de violence que ce soit au niveau du manque de personnel, d'un patient à risque, d'un téléviseur brisé, etc. Grâce à ces réunions de sécurité, le personnel se sent plus confiant et en sécurité (O'Sullivan et al., 2020). Il est également important de mettre en place des rencontres multidisciplinaires qui vont permettre, entre autres, de discuter des plans de traitement dans le but de coordonner les soins et de les améliorer (Urheim et al., 2020) ainsi que de faire l'évaluation coordonnée du risque de violence grâce à l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de violence (Horowitz et al., 2015).

La communication écrite est également importante afin de pouvoir évaluer adéquatement le risque de violence des patients. En effet, il est important que les rapports écrits soient précis et rapportent les informations avec exactitude, notamment en ce qui a trait aux antécédents d'épisodes violents (Zuzelo et al., 2012). Dans leur étude, Amunrud et Bjorklund (2021) proposent de mettre en place une note de communication infirmière dans le dossier médical électronique du patient afin d'avertir tous les autres membres de l'équipe de l'évaluation du risque de violence élevé établie grâce à un outil d'évaluation du risque de violence. Toutefois le manque de temps peut être un facteur contraignant à son utilisation (Amunrud et Bjorklund, 2021).

Communication entre le personnel et les patients

De nombreux auteurs exposent l'intérêt de mettre en place des rencontres au sein des unités de soins entre le personnel et les patients (Asikainen et al., 2020; Eidhammer et al., 2014; Flutter et al., 2011; Hallett et Dickens, 2017; Harrington et al., 2019; Horowitz et al., 2015; Kapoor et al., 2020; Martinez, 2016; O'Sullivan et al., 2020; Raveel et et Schoenmakers, 2019; Tucker et al., 2020; Urheim et al., 2020; van Wijk et al., 2014). Planifier des rencontres de groupe avec tous les patients de l'unité peut donner l'occasion à ces derniers de s'exprimer librement sur leurs questionnements et leurs préoccupations ainsi que sur les événements conflictuels ou violents récemment vécus sur l'unité (van Wijk et al., 2014). Ces rencontres donnent également l'occasion au personnel de fournir des explications en lien avec les plans qui sont mis en place pour prévenir les épisodes d'agression et d'en discuter en impliquant les patients (O'Sullivan et al., 2020). Dans sa revue de littérature, Martinez (2016) présente la création d'une réunion spécifique sur la prévention de la violence. Deux fois par semaine, le personnel discute avec les patients de divers sujets concernant la prévention de la violence dont : l'importance d'établir des règles au sein de l'unité, les choses à faire lorsque la situation escalade, la résolution de problèmes, les réactions face aux agressions et les alternatives acceptées à la violence (Martinez, 2016). Des sessions de débriefage post-événement font aussi parties des mesures essentielles pour favoriser la communication (Asikainen et al., 2020; Hallett et Dickens, 2017; Horowitz et al., 2015; Raveel et et Schoenmakers, 2019; Urheim et al., 2020). Ce débriefage doit inclure le personnel et les patients impliqués (Asikainen et al., 2020; Horowitz et al., 2015; Urheim et al., 2020) et être tenu le plus rapidement possible après l'événement violent (Asikainen et al., 2020). Parfois plusieurs sessions sont nécessaires afin de prévenir ou de réduire les symptômes post-traumatiques auprès du

personnel ou des patients (Asikainen et al., 2020). Sous forme de discussion structurée, ce débriefage viserait non seulement à améliorer la relation entre le personnel et les patients (Asikainen et al., 2020; Urheim et al., 2020), mais également à impliquer les patients dans leurs soins en les aidant à comprendre leurs propres facteurs de risque de violence (Asikainen et al., 2020). De plus, faire un débriefage post-événement peut s'avérer particulièrement utile afin d'identifier quelles stratégies de pacification pourraient être efficaces lors d'une prochaine situation de crise (Hallett et Dickens, 2017).

Concernant la communication écrite, élaborer des plans quant au risque de violence avec le patient peut permettre de prévenir la violence (Eidhammer et al., 2014; Harrington et al., 2019; Kapoor et al., 2020; Tucker et al., 2020). Nommés *Positive behavior support planning* (Kapoor et al., 2020), *Coping and Safety Plan* (Tucker et al., 2020), *Patient Safety Plan* (Harrington et al., 2019) ou encore *Early Detection Plan* (Eidhammer et al., 2014), ces plans élaborés avec le patient permettent au personnel infirmier de connaître les comportements à risque ou encore les signes avant-coureurs d'agressivité ainsi que les interventions qui pourraient prévenir une agression. Ce faisant, ces plans seraient utiles dans la prévention de la violence (Eidhammer et al., 2014; Harrington et al., 2019; Kapoor et al., 2020; Tucker et al., 2020), mais également pour animer les séances de débriefage post-événement (Tucker et al., 2020). Visant à élaborer un plan de crise conjoint, l'outil *Forensic Early warning Signs of Aggression Inventory* (Flutter et al., 2011) a été développé pour que l'infirmière ou l'infirmier et le patient puissent identifier ensemble quels sont les éléments qui représentent des signes d'alerte précoce d'agression chez le patient. Toutefois, cet outil n'a pas été évalué.

Communication avec les proches des patients

Une seule étude expose l'importance d'établir un canal de communication avec les proches des patients dans la prévention de la violence (Kontio et al., 2017). Cette communication, qui peut se faire sous forme de rencontres régulières, doit non seulement inclure un partage d'informations sur l'état clinique du patient et le plan de soins, mais également sur l'implication des proches dans la planification du traitement et sur la manière dont ils peuvent aider et soutenir le patient pour prévenir des situations à risque.

Pour conclure sur les facteurs d'équipe, la communication entre le personnel, entre le personnel et les patients ainsi qu'entre le personnel et les proches est un point central dans la prévention de la violence (Hallett et Dickens, 2017; Kontio et al., 2017; Tucker et al., 2020). En effet, qu'il s'agisse de rencontres multidisciplinaires, de rapports écrits détaillés entre les membres de l'équipe de soins ou des rencontres avec les patients sur leurs préoccupations, sur la prévention de la violence, sur l'élaboration de plans de gestion de la violence, pour animer des séances de débriefing ou encore des rencontres avec les proches des patients pour les inclure dans la prévention de la violence, toutes ces interventions peuvent être suggérées et amenées par une ou un gestionnaire. D'ailleurs, une ou un gestionnaire leader doit promouvoir une communication ouverte avec son équipe de travail (Asikainen et al., 2020) et l'encourager à adresser ses préoccupations quant à sa sécurité (Asikainen et al., 2020; Martinez, 2016). Selon Asikainen et al. (2020), une culture de dialogue peut améliorer la culture de sécurité et pour la favoriser, il doit y avoir des discussions entre les gestionnaires, le personnel et le patient.

Type de facteur 5– Facteurs individuels (personnel)

Au total, 23 écrits scientifiques ont été analysés pour ce type de facteur. Deux facteurs contributifs seront présentés soit les connaissances et compétences du personnel ainsi que la santé mentale du personnel.

Connaissances et compétences du personnel

Dans ce facteur, on retrouve des interventions selon les formations du personnel sur la prévention primaire de la violence, les programmes de formation, les simulations du personnel sur la prévention de la violence, la formation en prévention secondaire ainsi que le développement des connaissances et compétences grâce à la collaboration d'équipe.

Formations du personnel sur la prévention primaire de la violence

Les formations en prévention primaire en lien avec la violence des patients restent à ce jour une des interventions les plus implantées en psychiatrie (Bhat et al., 2020; d'Ettoire et Pellicani 2017; Gaynes et al., 2017; Hallett et al., 2014; Horowitz et al., 2015; Jacobowitz, 2013; Lantta et

al., 2016a; Szabo et al., 2015). Les formations proposées par le milieu clinique doivent aider à développer les habiletés de communication du personnel qui sont essentielles afin de diminuer les risques d'agression de la part des patients (Bhat et al., 2020; d'Ettoire et Pellicani 2017; Horowitz et al., 2015). Par exemple, les formations peuvent inclure des apprentissages sur les styles de communication comme éviter la critique, l'hostilité ou les attitudes paternalistes, sur comment utiliser des méthodes de communication non menaçante et négative, etc. (Horowitz et al., 2015). Ces formations doivent aussi inclure un apprentissage des techniques de pacification (Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a; Szabo et al., 2015) ou des approches de gestion de comportements (Hallett et al., 2014; Gaynes et al., 2017; Jacobowitz, 2013). Ce faisant, cela permettrait d'augmenter la sécurité du personnel par l'amélioration de la relation thérapeutique (Szabo et al., 2015). En effet, les patients qui se sentent écoutés et pris en considération dans leurs soins par du personnel accessible sont moins enclins à être violents (Szabo et al., 2015). De plus, ces formations permettent de promouvoir le travail d'équipe (Hallett et al., 2014). D'autres retombées sont identifiées, soit une augmentation de la confiance du personnel en leur capacité à tolérer les agressions et une diminution du stress qu'elles peuvent engendrer (Jacobowitz, 2013).

Il est suggéré que des formations plus théoriques soient proposées. En effet, le personnel doit approfondir ses connaissances sur les comportements, les facteurs déclencheurs et les signes avant-coureurs de la violence (Bhat et al., 2020; Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a). Il serait également pertinent qu'il soit formé sur l'approche sensible au traumatisme et au rétablissement qui permet de comprendre le vécu des patients en évaluant l'étiologie, l'universalité et les conséquences du traumatisme, et ce afin d'instaurer une culture de soins centrée sur la personne et axée sur le rétablissement (Horowitz et al., 2015).

Programmes de formation

De nombreux programmes de formation existent dans les écrits (voir annexe E). Offerts en une séance unique ou multiple, ces programmes impliquent des formations théoriques notamment sur l'identification des patients sujets à la violence (évaluation des risques, facteurs de risques, etc.), les techniques de pacification, les stratégies de communication, la résolution de conflit, etc. (Björkdahl et al., 2013; Guay et al., 2016; Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018; Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019; Stewart et Reeves, 2021; Tucker et al., 2020) ainsi que des travaux pratiques tels que les techniques physiques de désengagement (Björkdahl et al., 2013; Guay et al.,

2016; Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018; Stewart et Reeves, 2021). Certains comprennent également une formation sur le déroulement du débriefage post-événement (Björkdahl et al., 2013; Guay et al., 2016; Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018). Plusieurs de ces programmes sont administrés par des intervenants cliniques formés (Björkdahl et al., 2013; Guay et al., 2016) et des séances de rappel sont proposées régulièrement (6 mois, un an, etc.) en fonction des besoins du personnel (Björkdahl et al., 2013; Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018). Ces programmes permettent donc à l'employé de développer ses habiletés pratiques et ses connaissances sur la gestion de la violence (Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019). Ce faisant, les membres du personnel dit avoir amélioré leur technique de pacification en plus à des idées de stratégies verbales de pacification ainsi que de créer une approche plus centrée sur l'équipe (Stewart et Reeves, 2021).

Dans leur revue systématique, Geoffrion et al., (2020) présentent deux programmes de formation mis à l'essai. Un des programmes consistait en une seule journée de formation présentant le cycle de la violence, notamment ses facteurs déclencheurs et ses conséquences. L'autre programme se composait de 20 sessions et était donné par une infirmière ou un infirmier préalablement formé. Les participants étaient formés entre autres sur les causes et les types d'agression, la gestion de conflits, la communication, la prévention de l'agression et les procédures post-agression. Toutefois, aucun des deux programmes n'a démontré de résultats statistiquement concluants sur la prévention des agressions (Geoffrion et al., 2020).

Simulation du personnel sur la prévention de la violence

Des études ont mis à l'essai la formation en modalité de simulation à haut réalisme avec l'utilisation de patients standardisés (Badeaux et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021). Sous forme de situations de crise fictives, les scénarios ont été conçus pour que l'acteur, soit un membre de l'équipe ou une personne engagée, devienne de plus en plus agressif et menaçant. Il est important que les scénarios respectent les principes d'une escalade de violence et de pacification (Badeaux et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021). De plus, une étude propose d'effectuer ces exercices de simulation de manière inattendue, peu importe le quart de travail, en temps réel, et ce dans différents endroits de l'unité, afin de refléter le plus possible un actuel épisode d'escalade de violence (Badeaux et al., 2020). Les participants ont rapporté un développement de leurs compétences ainsi qu'un sentiment de confiance augmenté (Badeaux et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021).

Formation en prévention secondaire

Seuls Rodrigues et al. (2021) parlent de la formation en prévention secondaire soit une formation afin de prévenir et de minimiser les effets des traumatismes auprès du personnel ayant vécu une agression. Dans cette étude, plusieurs formations générales sont formulées : 1) former les professionnels qui s'occupent du volet santé au travail sur la façon d'aborder les travailleurs ayant besoin d'un soutien en cas de traumatisme; 2) former les professionnels sur la reconnaissance des symptômes de traumatisme; 3) former les gestionnaires sur la façon de soutenir les employés victimes d'un traumatisme au travail (Rodrigues et al., 2021).

Développement des connaissances et compétences grâce à la collaboration d'équipe

L'étude de Berring et al. (2016) propose de constituer un groupe coopératif d'enquête (*Co-operative inquiry group*) qui favorise le partage entre les membres des équipes et la recherche de solutions sur un sujet choisi, dans ce cas, la pacification. En quatre étapes, les chercheurs ainsi que les participants du groupe d'enquête ont : 1) discuté et choisi la stratégie de recherche; 2) fait une recension des expériences et de tous les résultats de recherche sur le sujet; 3) mis en œuvre de stratégies en fonction des besoins et problèmes qui ont émergé de l'étape 2 (ex. développer un livre de référence sur les techniques de pacification) et amélioré les idées à l'aide de cycles d'action/réflexion; 4) évaluer les actions mises en place et consolider les connaissances générées dans les étapes 2 et 3. Plusieurs stratégies ont pu être mises en place telle la création d'une salle d'apaisement pour que le patient puisse écouter de la musique. Cette intervention a permis de mettre à profit les connaissances de tous les membres de l'équipe et de les engager dans cet effort collectif en plus de les aider à développer leurs compétences (Berring et al., 2016).

Santé mentale du personnel

Pour favoriser une santé mentale saine auprès du personnel, des interventions ont été regroupées selon les interventions favorisant la gestion du stress post-événement, le débriefage post-événement pour le personnel seulement ainsi que les interventions favorisant le bien-être et les soins.

Interventions favorisant la gestion du stress post-événement

Certains écrits présentent une intervention visant à diminuer une des principales conséquences d'une agression soit le stress (Foster et al., 2018; Inoue et al., 2011). Inoue et al. (2011) proposent une intervention de groupe pour le personnel infirmier exposé à la violence verbale ou physique. Au cours de séances offertes par une infirmière ou un infirmier d'expérience, les participants ont des discussions notamment sur les moyens de faire face à la violence verbale ou physique, sur ses impacts psychologiques, sur la gestion du stress, etc. (Inoue et al., 2011). Ce programme a permis d'améliorer la santé mentale des participants en leur redonnant confiance dans leur capacité de gérer les situations potentiellement violentes, en diminuant leurs symptômes post-agression, la dépression et leur stress professionnel (Inoue et al., 2011). Foster et al. (2018) proposent un programme promouvant la résilience auprès du personnel qui éprouverait du stress professionnel notamment dû à une expérience d'agression. Offerts sur le lieu de travail et à l'aide de diverses modalités (PowerPoint, discussion d'équipe, activités, etc.), des ateliers sont dispensés hebdomadairement par des infirmières ou infirmiers d'expérience formés et couvrent sept modules (ex. l'identification des forces et la compréhension de la résilience, la compréhension et la gestion du stress, etc.). Ce programme s'est avéré efficace dans l'amélioration de la capacité d'adaptation des participants et de leurs stratégies de résilience cognitive et comportementale ainsi que dans la diminution de leur détresse mentale (Foster et al., 2018).

Débriefage post-événement pour le personnel seulement

Plusieurs auteurs parlent de l'importance de mettre en place un débriefage post-événement pour la victime et le reste du personnel (Rodrigues et al., 2021; Tucker et al., 2020). En effet, après un incident violent, il est nécessaire d'offrir un moment dédié, d'une part pour que la victime puisse se faire rassurer par ses collègues et se sentir soutenue par son équipe (Tucker et al., 2020) et d'autre part pour que toutes les personnes impliquées puissent discuter entre elles, se partager leur expérience et s'épauler les unes les autres (Rodrigues et al., 2021). Ces séances ont également permis au personnel infirmier de développer leurs compétences dans la reconnaissance et la gestion de la violence (Tucker et al., 2020).

Interventions favorisant le bien-être et les autosoins

Des activités favorisant les autosoins et le bien-être peuvent être pertinentes à offrir auprès des travailleurs de soins de santé (Hsieh et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021). Le *biofeedback* peut s'offrir de deux façons à tout le personnel infirmier victime de violence, soit en séances hebdomadaires en présentiel ou sur une application via téléphone intelligent (Hsieh et al., 2020). Les séances visent à pratiquer, entre autres, la relaxation musculaire autoguidée, la respiration diaphragmatique, la respiration rythmée, la respiration des lèvres pincées, etc. L'une ou l'autre de ces modalités peut améliorer les symptômes dépressifs et la résilience auprès des participants, alors que l'intervention utilisant la version via téléphone cellulaire a permis aussi de réduire le stress professionnel (Hsieh et al., 2020). Stewart et Reeves (2021) proposent les retraites d'équipe. Se déroulant à l'extérieur de l'établissement, tout le personnel en contact direct avec les patients est invité à y participer. Visant à promouvoir le bien-être personnel, à prévenir l'épuisement professionnel et à consolider l'esprit d'équipe, différentes activités et formations sont offertes au cours de la retraite que ce soit des activités physiques, des activités artistiques, du yoga, de la méditation, etc. (Stewart et Reeves, 2021).

Pour conclure sur les facteurs individuels, la formation du personnel est une intervention capitale dans la prévention de la violence notamment celle en lien avec l'évaluation des facteurs de risque des techniques de pacification ou des habiletés de communication (Horowitz et al., 2015; Lantta et al., 2016a; Rodrigues et al., 2021). Selon Lantta et al. (2016a), les gestionnaires ont un rôle à jouer dans le développement et le maintien des connaissances et compétences des membres de l'équipe. En effet, il est important de leur permettre de participer à des formations (Lantta et al., 2016a) ainsi qu'aux mises à jour en fonction de leurs différents besoins (Isaak et al., 2018). En plus, de la formation en prévention primaire, le personnel a besoin de soutien lorsqu'un événement violent se produit, notamment de la part du gestionnaire (Jacobowitz, 2013; Hsieh et al., 2020; Rodrigues et al., 2021). Ainsi, il serait primordial d'offrir une formation aux gestionnaires pour les aider à accompagner les employés victimes (Rodrigues et al., 2021). En plus de ce soutien formel, des ressources devraient leur être offertes. Plusieurs interventions pourraient être implantées afin de réduire leur stress professionnel (Foster et al. 2018; Hsieh et al., 2020) ou encore pour favoriser leur bien-être mental (Stewart et Reeves, 2021). Ainsi, la ou le gestionnaire doit donc contribuer à instaurer une « culture organisationnelle de soutien au bien-être personnel », et ce afin de renforcer

la résilience des membres de l'équipe et de favoriser un bien-être au travail [traduction libre] (Foster et al., 2018, p. 1478).

Type de facteur 6 – Facteurs liés aux tâches à effectuer

Au total, 68 écrits scientifiques proposent des interventions qui se classent sous ce type de facteur. Deux facteurs contributifs sont ressortis soit la disponibilité et l'utilisation des protocoles ainsi que la disponibilité et précision de divers outils d'évaluation en lien avec la violence.

Disponibilité et utilisation des protocoles

Il peut être intéressant de combiner un protocole à une évaluation du risque de violence tel que le protocole *Aggression Prevention Protocol* conjointement utilisé avec l'outil d'évaluation du risque *DASA* (Griffith et al., 2021; Maguire et al., 2019) ou encore le *Clinical Risk Management Initiative* (Harrington et al., 2019). Ainsi, en fonction du risque évalué par l'outil d'évaluation du risque (faible, modéré, élevé) des recommandations infirmières structurées sous forme de paliers sont proposées (Griffith et al., 2021; Harrington et al., 2019; Maguire et al., 2019). On retrouve, par exemple, l'observation régulière ou des techniques de distraction pour les patients évalués à risque faible; des activités organisées pour ceux évalués à risque modéré ou encore du personnel infirmier attiré pour les patients évalués à risque élevé (Griffith et al., 2021; Harrington et al., 2019; Maguire et al., 2019). Les retombées sont mitigées puisque l'utilisation d'un des protocoles a amené à la réduction de toutes les formes d'agression (Griffith et al., 2021) tandis que pour l'autre le taux d'agressions est resté inchangé. Il est possible que cela soit dû au faible nombre d'incidents violents préalablement à l'implantation de ce protocole (Harrington et al., 2019).

Disponibilité et précision de divers outils d'évaluation en lien avec la violence

Pour ce facteur sont classées toutes les échelles d'évaluation pouvant être utilisées par les cliniciens dans une visée de prévention de la violence. Le tableau de l'annexe F présente les outils originaux possédant des propriétés psychométriques satisfaisantes et leur(s) adaptation(s).

D'abord, cinq échelles de mesure sont spécifiques à la prévalence de la violence (Cook et al., 2018; Kobes et al., 2012; Mistler et Friedman, 2021; O'Sullivan et al., 2020). Concernant les principaux acteurs impliqués, on retrouve d'abord une qui vise davantage l'environnement thérapeutique avec une échelle de mesure du climat de prévention de la violence selon les patients et les intervenants (Dickens et al., 2020b; Hallett et al., 2018). Concernant ces derniers, une échelle de mesure des attitudes du personnel en lien avec la gestion de la violence a aussi été développée (Cheung et al., 2018).

La majorité des outils visent spécifiquement le patient, que ce soit pour évaluer son historique de violence (Dellazizzo et al., 2017), son style interpersonnel en établissement (Daffern et al., 2012), son fonctionnement global (Abidin et al., 2013; Faay et al., 2013), la sévérité de sa maladie (Abidin et al., 2013) ses facteurs de protection contre la violence (Abidin et al., 2013; Haines et al., 2018; Kashiwagi et al., 2018) ou son impulsivité et agressivité (Karsten et al., 2019; Lockertsen et al., 2018). Par ailleurs, la majorité des outils recensés évaluent le risque de violence du patient, que ce soit pour le très court terme (n=3), le court moyen terme (n=7) ou le moyen long terme (n=11). De ces échelles seulement deux sont dites actuarielles, le *Psychopathy checklist-revised* (PCL-R) et le *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) (soulignées dans l'annexe F). Les outils actuariels évaluent seulement les facteurs de risque statiques, c'est-à-dire qui ne fluctuent pas (ex. antécédents de violence), et sont donc utilisés pour évaluer le risque à moyen et long terme (McDermott et Holoyda, 2014). Tous les autres outils d'évaluation du risque de violence du tableau sont des outils d'évaluation clinique structurée. Ces outils évaluent, quant à eux, non seulement les facteurs de risque statiques, mais aussi les facteurs de risque dynamiques qui peuvent donc changer en nature ou en gravité (ex. jugement), par exemple le *Historical, Clinical, and Risk Management Scale-20* (HCR-20) et le *Violence Risk Screening-10* (V-RISK-10). Certains vont aussi tenir compte des facteurs de protection (Abidin et al., 2013). Ces outils font appel au jugement clinique des cliniciens et sont utilisés pour évaluer le risque de violence à court et à moyen terme (McDermott et Holoyda, 2014).

Deux outils d'évaluation du risque de violence recensés ne se retrouvent pas dans le tableau de l'annexe F puisqu'ils ne présentent pas de propriétés psychométriques satisfaisantes. Il s'agit du *Risk of Violence Assessment* (Ghosh et al., 2019) et du *Level of Service Inventory-Revised: Screening Version* (Chu et al., 2013b).

Pour conclure la section sur les facteurs liés aux tâches à effectuer, l'évaluation clinique structurée du risque de violence est l'intervention la plus recensée dans cette revue rapide des écrits. Les outils d'évaluation du risque de violence permettent de compléter l'évaluation de l'état mental d'une personne symptomatique en graduant son risque de violence (McDermott et Holoyda, 2014). Les protocoles accompagnant une évaluation du risque de violence permettent, quant à eux, de donner des lignes directrices au clinicien, puisque des interventions sont proposées en fonction du niveau de risque de patient (Harrington et al., 2019). Ces interventions sont donc capitales dans la prévention de la violence (Griffith et al., 2021; Szabo et al., 2015). La ou le gestionnaire peut, conjointement avec l'équipe, choisir l'outil d'évaluation du risque à mettre en place au sein de l'unité (Dumais et al., 2012). Toutefois, il est important qu'elle ou il soit sensible à la charge de travail du personnel étant donné que certains outils d'évaluation du risque de violence sont plus complexes et nécessitent davantage de temps et de formation (Mistler et Friedman, 2021). En effet, il faut que l'ajout de ce type d'outil soit vu de manière utile pour les cliniciens et non comme un simple formulaire de plus (Mistler et Friedman, 2021). Pour ce faire, la ou le gestionnaire pourrait compiler les données sur la violence des patients sur le long terme afin que les cliniciens puissent analyser l'efficacité de leurs interventions thérapeutiques ou pharmacologiques (Mistler et Friedman, 2021).

Type de facteur 7 – Facteurs liés aux patients

Au total, 35 écrits scientifiques ont été classés sous ce type de facteur. L'analyse des écrits a permis d'identifier trois composantes au facteur contributif de l'état de santé du patient, soit la pharmacothérapie, les psychothérapies et le bien-être mental.

État de santé (complexité et gravité) – Pharmacothérapie

Deux catégories de traitements pharmacologiques ayant un impact sur la complexité ou la gravité de la maladie du patient ont été classées dans ce facteur contributif: les antipsychotiques de 2^e génération et les autres substances et médicaments en appoint.

Prévention de la violence avec les antipsychotiques de 2^e génération

Les antipsychotiques de 2^e génération demeurent la pharmacothérapie privilégiée dans le but de prévenir l'agressivité persistante (Aguglia et al., 2018; Brown et al., 2014; Citrome et Volavka, 2011; Jariyavilas et al., 2017; Kapoor et al., 2020; Krakowski et al., 2021; Lee et al., 2012; Mohr et al., 2017; Quinn et Kolla, 2017; Strassnig et al., 2020). Plus spécifiquement l'utilisation de la clozapine présente un effet anti-agressif spécifique (Citrome et Volavka, 2011; Krakowski et al., 2021). Une fois la dose thérapeutique établie, il serait donc un traitement efficace dans la réduction du nombre d'actes violents (Brown et al., 2014; Kapoor et al., 2020). La clozapine serait même plus efficace que tous les antipsychotiques de 1^{re} génération, notamment l'halopéridol, (Citrome et Volavka, 2011; Krakowski et al., 2021; Quinn et Kolla, 2017; Strassnig et al., 2020) ou encore des antipsychotiques de 2^e génération tels que l'olanzapine ou le rispéridone (Citrome et Volavka, 2011; Krakowski et al., 2021; Quinn et Kolla, 2017; Strassnig et al., 2020). Même si la majorité des études ont été menées auprès de patients aux prises avec la schizophrénie (Krakowski et al., 2021; Quinn et Kolla, 2017; Strassnig et al., 2020) ou de troubles schizo-affectifs (Strassnig et al., 2020), les données indiquent que l'utilisation de clozapine peut être considérée comme un traitement de prévention de la violence auprès de n'importe quel patient qui manifeste une violence ou une hostilité persistante, et ce outre son diagnostic psychiatrique (Strassnig et al., 2020). D'autres écrits s'intéressent à l'utilisation de l'olanzapine et du rispéridone, antipsychotiques de 2^e génération, dans la prévention de l'agressivité auprès de patients psychotiques (Citrome et Volavka, 2011; Krakowski et al., 2021; Mohr et al., 2017; Strassnig et al., 2020). Comparativement à l'halopéridol, ces molécules présentent un effet supérieur sur la réduction des agressions (Citrome et Volavka, 2011; Krakowski et al., 2021; Strassnig et al., 2020; Citrome et Volavka, 2011). Leur version à longue action a aussi été associée avec une diminution des actes agressifs (Mohr et al., 2017). Parmi les autres antipsychotiques de 2^e génération étudiés, l'asénapine a démontré une efficacité dans la réduction des niveaux d'impulsivité et d'agressivité auprès de patients ayant un diagnostic de trouble bipolaire avec ou sans trouble de personnalité limite (Aguglia et al., 2018). Le palipéridone à libération prolongée a aussi fait l'objet de résultats significatifs dans le traitement à long terme de l'hostilité et des comportements agressifs auprès de patients schizophrènes (Jariyavilas et al., 2017). Finalement, les résultats d'une étude sur la quétiapine à libération prolongée n'ont cependant pas permis de déterminer si les diminutions de comportements violents proviennent de ce traitement (Lee et al., 2012).

Autres substances et médicaments en appoint

Plusieurs auteurs ont cherché des alternatives à la médication antipsychotique traditionnelle. Ainsi, plusieurs autres types de substances et médicaments en appoint ont été étudiés (Boyce et al., 2021; Ceccherini-Nelli et al., 2021; Citrome et Volavka, 2011; Hotham et al., 2014; Qureshi et al., 2021). Des études proposent l'ajout de suppléments nutritionnels (Citrome et Volavka, 2011) (sous forme de pilules, gélules, comprimés ou de liquide) à la diète régulière dans la prévention des comportements agressifs (Qureshi et al., 2021). On retrouve ceux qui ont démontré un effet bénéfique sur la réduction des agressions: l'ajout d'acide aminé avec le tryptophane; l'ajout d'huile de poisson (Qureshi et al., 2021); l'ajout de la S-adénosylméthionine (Citrome et Volavka, 2011; Qureshi et al., 2021). L'ajout d'acide ethyl-eicosapentaénoïque a démontré un effet mitigé (Qureshi et al., 2021). Tandis que l'ajout d'acide eicosapentaénoïque et l'ajout d'acide folique n'ont démontré aucun effet bénéfique sur la diminution des agressions ou du risque de violence (Qureshi et al., 2021)

L'ajout de bêtabloquants adrénergiques, tels que le pindolol ou le nadolol, a aussi été proposé afin de réduire le nombre d'événements violents auprès de patients agressifs (Citrome et Volavka, 2011) ainsi que les symptômes psychiatriques auprès de patients schizophrènes ayant des antécédents de comportements violents (Boyce et al., 2021). Une étude explique que l'utilisation d'antidépresseurs comme traitement d'appoint tels que le citalopram ou la fluoxétine démontre des retombées positives dans la réduction du nombre des incidents d'agression (Citrome et Volavka, 2011). Seuls Ceccherini-Nelli et al. (2021) expliquent que l'ajout de zopiclone a permis de diminuer les incidents violents auprès de patients présentant une agressivité chronique. Selon l'étude de Hotham et al. (2014), l'ajout d'amisulpride au traitement de clozapine auprès de patients schizophrènes entraîne une réduction du risque de violence et des agressions. Finalement, Citrome et Volavka (2011) expliquent que l'addition de clonazépam n'a pas démontré de bénéfice thérapeutique dans la réduction de comportements violents auprès de patients schizophrènes.

État de santé (complexité et gravité) – Psychothérapies

Les interventions en lien avec les psychothérapies sont classées en fonction des thérapies cognitives et comportementales, de la remédiation cognitive, d'une modalité de thérapies et d'autres formes de soutien psychosocial. L'annexe G présente plus en détail les études de chacun des programmes de psychothérapies.

Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Afin de réduire les risques de violence, les TCC peuvent cibler la psychose (Citrome et Volavka, 2011; MacInnes et Masino, 2019; Ross et al., 2013), avoir un module dédié sur l'empathie des victimes et les conséquences (Nally et al., 2021) ou ciblent directement la colère (Horowitz et al., 2015; Rampling et al., 2016; Ross et al., 2013 ; Sturgeon et al., 2018; Wilson et al., 2011; Wilson et al., 2013a). Il existe aussi plusieurs programmes de TCC touchant la violence. En groupe ou en individuel, certains visent plutôt une clientèle en psychiatrie légale (Eidhammer et al., 2014; Horowitz et al., 2015; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018), tandis que d'autres peuvent s'offrir à tous les patients (Hsu et Ouyang, 2021; Stewart et al., 2012; Sturgeon et al., 2018). Concernant les professionnels qui peuvent offrir ces programmes, on retrouve dans les écrits le psychiatre, le personnel infirmier formé ou encore le psychologue (Eidhammer et al., 2014; Hsu et Ouyang, 2021; Stewart et al., 2012; Sturgeon et al., 2018). Ces TCC ou programmes comprennent plusieurs modules qui aident le patient à reconnaître ses déclencheurs internes et externes, à observer et gérer ses réponses cognitives et comportements, à résoudre ses conflits interpersonnels et à satisfaire ses besoins en ciblant un problème ou besoin spécifique (Horowitz et al., 2015). Pour ce faire, des groupes de discussion, des jeux de rôle ou la répétition cognitive peuvent être utilisés (Horowitz et al., 2015; Hsu et Ouyang; 2021; Sturgeon et al., 2018; Wilson et al., 2013a). Les auteurs rapportent de nombreuses retombées dont des améliorations significatives dans l'empathie, la résolution agressive face aux problèmes, la régulation de la colère, la relation thérapeutique, ou encore une diminution de la violence verbale et physique (Dumont et al., 2018; Eidhammer et al., 2014; Hsu et Ouyang; 2021; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018; Stewart et al., 2012; Wilson, 2011; Wilson et al., 2013a). Combinée avec une TCC, la thérapie comportementale dialectique axée sur la colère et la violence peut se donner en individuel ou en groupe (Horowitz et al., 2015; MacInnes et Masino; Sturgeon et al., 2018; Rampling et al., 2016). Cette psychothérapie peut miser sur la pleine conscience, la régulation des émotions, la tolérance à la détresse et les capacités interpersonnelles (Moulden et al., 2020). Elle a démontré une réduction du risque de violence et de la sévérité de l'agression (Kapoor et al., 2020; MacInnes et Masino, 2019; Moulden et al., 2020; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018). Également offerte avec une TCC, la schémathérapie, proposée aux patients ayant un diagnostic de trouble de la personnalité, vise à réduire leur dépendance à utiliser des modes d'adaptation inadaptés et peut

diminuer la fréquence des agressions sur le court terme (MacInnes et Masino, 2019; Rampling et al., 2016).

Remédiation cognitive (RC)

La remédiation cognitive est une autre forme de psychothérapie reconnue dans le domaine des traitements non pharmacologiques (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; MacInnes et Masino, 2019; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018). La RC permet d'amener le patient à développer ses propres stratégies pour compenser les conséquences de déficits neurocognitifs (mémoire, attention, fonction exécutive, etc.) dans le but de fonctionner dans la vie de tous les jours (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018). Plusieurs programmes combinant RC et TCC ont également été recensés. La RC ou ces programmes de psychothérapies peuvent être offerts à des patients ayant un diagnostic de santé mentale avec des antécédents légaux (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018) ou non (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016). Pour aucun de ces programmes, les écrits ne spécifient qui sont les professionnels en charge de les dispenser. Les retombées de la RC ou de ces programmes démontrent des améliorations sur certains aspects neurocognitifs tels que l'attention ou la mémoire (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Quinn et Kolla, 2017), sur les comportements sociaux, la résolution de problème, les attitudes liées à la violence (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; MacInnes et Masino, 2019; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018) ainsi qu'une réduction significative de l'agitation, la tension et l'hostilité (Darmedru et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Quinn et Kolla, 2017) et des agressions verbales et physiques (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016).

Modalité de thérapies

La réalité virtuelle peut être utilisée comme modalité de thérapie dans la gestion des comportements agressifs auprès de patients en psychiatrie légale (Klein Tuente et al., 2020; Sygel et Wallinius, 2021). Grâce à la réalité virtuelle, le patient apprend, entre autres, à reconnaître les émotions faciales et les comportements agressifs des autres ainsi qu'à désamorcer une situation potentiellement violente (Klein Tuente et al., 2020; Sygel et Wallinius, 2021).

Autres formes de soutien psychosocial

D'autres formes de soutien psychosocial existent dont la zoothérapie (Dias Marques et al., 2015; Gaynes et al., 2017; Nurenberg et al., 2015; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016) et la musicothérapie (Hakvoort et al., 2015; MacInnes et Masino, 2019). Ciblants des patients en psychiatrie légale, la musicothérapie combine musique et TCC pour apprendre au patient à réguler ses émotions, à gérer ses comportements agressifs et à développer des compétences (ex. l'attention sélective ou la capacité à demander de l'aide) (Hakvoort et al., 2015; MacInnes et Masino, 2019). La zoothérapie peut, quant à elle, être offerte à tous les patients et cible davantage le fonctionnement physique, social, émotionnel et cognitif (Dias Marques et al., 2015). Pour ces deux formes de psychothérapie, des thérapeutes certifiés ainsi que de l'équipement spécifique (ex. une salle de musique ou des animaux particuliers comme un chien ou un cheval) sont nécessaires (Hakvoort et al., 2015; Nurenberg et al., 2015). Pour la musicothérapie, le traitement a amélioré les habiletés de gestion de la colère des patients (Hakvoort et al., 2015; Klein Tuente et al., 2020; MacInnes et Masino, 2019; Sygel et Wallinius, 2021). La zoothérapie a démontré une diminution de la fréquence des incidents violents à la suite du traitement (Dias Marques et al., 2015; Gaynes et al., 2017; Nurenberg et al., 2015; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016).

Eidhammer et al. (2014) présentent une approche de gestion des risques de violence, nommée *Early recognition*, qui prend ses racines dans la TCC. Dans cette approche individualisée, le patient et l'infirmière ou l'infirmier collaborent pour décrire, surveiller et évaluer les signes précurseurs de la violence du patient qu'ils soient psychotiques, comportementaux, etc., et ce dans le but de comprendre les stratégies d'adaptation des patients ainsi que leurs lacunes. Ce faisant, il sera en mesure de les améliorer et de mieux gérer son agressivité dans des situations stressantes. Cette approche a permis de diminuer la sévérité des agressions commises par les patients.

Pour leur part, Glowacki et al. (2016) s'inspirent des thérapies comportementales en proposant l'implantation d'une économie symbolique (*token economy*). Cette intervention vise à réduire les agressions grâce à la diminution de comportements négatifs. Ainsi, les patients gagnent des « jetons » lorsqu'ils démontrent des comportements positifs ou une abstinence dans les comportements jugés négatifs. Par la suite, ils peuvent se servir des « jetons » gagnés en échange de marchandises, services ou privilèges au sein de l'établissement. Afin de réduire les abus, les auteurs recommandent, par exemple, d'établir des règles claires avec les patients sur les comportements permettant de gagner des « jetons » et contre quoi ils peuvent être échangés.

État de santé (complexité et gravité) – Bien-être mental

Mistler et al. (2017) propose une application de téléphone cellulaire permettant d'apprendre aux patients les concepts de bases de la méditation pleine conscience à travers un programme de méditation guidée. Les patients doivent faire dix séances de 10min de méditation pour avoir accès aux 20 sessions suivantes. Cette intervention a non seulement aidé les patients à s'endormir et à diminuer leur ennui, mais surtout à contrôler leur colère et leur anxiété ainsi qu'améliorer leur humeur grâce aux techniques de respiration. Toutefois, les patients mettent en garde sur certaines barrières à l'utilisation de cette application notamment l'environnant trop bruyant, le manque d'intimité ainsi que la connexion internet parfois défailante (Mistler et al., 2017).

Somme toute, des « interventions non pharmacologiques, telles que les psychothérapies, sont importantes puisque la médication seule n'entraînera pas une réduction durable du comportement agressif chez de nombreux patients » [traduction libre] (Citrome et Volavka, 2011, p. 1013). Bien que la médication reste une intervention souvent efficace dans la prévention de la violence, la ou le gestionnaire a peu de pouvoir d'action sur ce type d'interventions pharmacologiques, puisqu'elle relève du domaine médical. Toutefois, tel que vu dans quelques études, du personnel infirmier dispensait les psychothérapies (Eidhammer et al., 2014; Hsu et Ouyang, 2021; Sturgeon et al., 2018). Ainsi, la ou le gestionnaire peut l'aider dans son rôle professionnel et le développement de ses connaissances et compétences. Enfin, selon Gaynes et al. (2017), même s'il n'existe pas à ce jour de lignes directrices claires pour les gestionnaires sur la prévention de la violence, la mise en place d'interventions multimodales reste l'approche à privilégier.

Pour conclure la section sur les résultats, le tableau 2 se veut être une synthèse des interventions possibles selon les sept types de facteur permettant ainsi aux gestionnaires d'identifier facilement celles déjà présentes dans leur milieu et celles qui seraient pertinentes d'implanter à la suite de l'analyse des facteurs en cause.

Facteurs contributifs	Interventions
Contexte institutionnel	
Contexte réglementaire	<p>Mettre en place des règles de sécurité sur les unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherches d'armes • Visites dans les établissements (registre, badge) • Retrait des objets tranchants • Politique d'unité à aire ouverte <p>Implanter une politique pour un environnement sans-fumée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdiction de fumer à l'intérieur et extérieur de l'établissement <p>Favoriser la mise en place des règlements sur les unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Règles de fonctionnement de l'unité
Facteurs organisationnels et de gestion	
Culture organisationnelle	<p>Viser un changement de culture pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une culture de soins centrée sur la personne et axée sur le rétablissement • Un milieu thérapeutique • Adopter le modèle <i>Safewards</i>
Environnement de travail	
Composition des équipes de soins et les attentes de rôle	<p>Apporter des modifications dans la composition des équipes et établir les attentes de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel qualifié et permanent • Personnel mixte (hommes/femmes) • Nombre adéquat de personnels • Augmenter ratio inf./patient • Personnel visible sur les unités • Rôle professionnel clairement établi • Leader désigné lors de situations à risque
Conception et maintenance de l'environnement physique	<p>Viser des améliorations dans le design architectural de l'établissement et des unités de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lumière naturelle, meilleur éclairage • Accès à un jardin • Salles agrandies et insonorisées, éviter la multiplication des corridors • Salles réservées aux patients, chambres individuelles avec toilette • Poste infirmier ouvert <p>Offrir un environnement relaxant et confortable :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salles sensorielles (couvertures lestées, livres, diffuseur d'odeur, etc.) ou salle d'isolement avec de la musique relaxante

	<ul style="list-style-type: none"> • Musique selon le goût des patients • Température confortable • Entretien adéquat des lieux et effets personnels en quantité suffisante (ex. soins hygiène)
Disponibilité d'activités organisées ou significatives dans l'environnement de soins	<p>Favoriser la tenue d'activités significatives pour les patients telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités physiques et de détente (écouter de la musique, relaxation, etc.) • Période de discussion • Activités manuelles (dessin, cuisine, etc.) • Suivre des cours (économie domestique, etc.)
Disponibilité d'équipements en lien avec la sécurité	<p>Encourager la mise en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'équipements de sécurité <ul style="list-style-type: none"> ○ Caméra de surveillance, détecteurs de métal, chien détecteur de drogue, alarmes de sécurité • Équipement technologique utilisant l'intelligence artificielle en appui à l'évaluation du risque de violence
Soutien de l'administration	<p>De la part du gestionnaire envers les employés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appliquer un modèle de soutien social • Offrir du soutien durant et après l'événement violent <ul style="list-style-type: none"> ○ Présence augmentée lors des codes d'urgence ○ Soutien lors du débriefage <p>Contribuer à la mise en place de mesures organisationnelles pour soutenir les employés après les événements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programme d'aide aux employés victimes • Groupe de soutien pour le personnel
Facteurs d'équipe	
Communication	<p>Encourager et optimiser la communication :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entre le personnel seulement <ul style="list-style-type: none"> ○ Communication régulière ○ Communication orale et écrite pour l'évaluation du risque de violence ○ Réunion de sécurité ○ Rencontres multidisciplinaires ○ Rapport écrit complet • Entre le personnel et les patients <ul style="list-style-type: none"> ○ Réunions régulières au sein de l'unité de soins ○ Réunions sur la prévention de la violence ○ Débriefage post-événement ○ Élaboration de plan de crise conjoint • La communication avec les proches <ul style="list-style-type: none"> ○ Implication des proches dans les rencontres et les plans de soins
Facteurs individuels (employé)	
Connaissances et compétences	<p>Offrir des formations au personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sur la prévention primaire de la violence:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ex.: sur les habiletés de communication, la pacification, la théorie de la violence (cycle violence, facteurs déclencheurs, etc.), sur l'approche sensible au traumatisme et du rétablissement ● À l'aide de programmes de formations (ex. <i>Crisis Prevention and Intervention training</i>, Oméga, etc.) ● Utilisant des simulations à haut réalisme grâce à des patients standardisés <p>Rendre accessibles et participer aux formations en prévention secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Former les professionnels qui s'occupent du volet santé au travail ● Former les professionnels sur la reconnaissance des symptômes de traumatisme ● Former les gestionnaires sur la façon de soutenir les employés victimes d'un traumatisme au travail <p>Encourager le développement des connaissances et compétences grâce à la collaboration d'équipe : (ex.: groupe coopératif d'enquête)</p>
Santé mentale	<p>Implanter des interventions favorisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La gestion du stress post-événement (ex. des interventions de groupe, un programme promouvant la résilience) ● Un débriefage post-événement pour le personnel seulement ● Le bien-être et les autosoins (ex. <i>Biofeedback</i>, retraites d'équipe)
Facteurs liés aux tâches à effectuer	
Disponibilité et utilisation des protocoles	Mettre en place un protocole combiné à un outil d'évaluation du risque (ex. <i>Aggression Prevention Protocol; Clinical Risk Management Initiative</i>)
Disponibilité et précision de divers outils d'évaluation en lien avec la violence	<p>Sélectionner des échelles pertinentes mesurant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le climat de prévention de la violence ● Les attitudes du personnel en lien avec la violence ● La prévalence des agressions ● Le risque de violence à très court terme (24-72h après admission) ● Le risque de violence à court et moyen terme (0 à 3 mois) ● Le risque de violence moyen et long terme (3 mois à plus d'un an) ● L'auto-évaluation de l'impulsivité et de l'agressivité ● Les facteurs de protection ● L'historique de violence du patient ● Le style interpersonnel du patient ● L'évaluation globale du fonctionnement du patient et de la sévérité de la maladie
Facteurs liés aux patients	
État de santé (complexité et gravité) - Pharmacothérapie	<p>Discuter avec le médecin de prescription :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● D'antipsychotiques de 2e génération tels que: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clozapine, olanzapine, rispéridone, asénapine, palipéridone à libération prolongée, quétiapine à libération prolongée ● D'autres substances et médicaments en appoint : <ul style="list-style-type: none"> ○ Suppléments nutritionnels, bêtabloquants adrénergiques, antidépresseurs, zopiclone, amisulpride, clonazépam

<p>État de santé (complexité et gravité) - Psychothérapies</p>	<p>Identifier les psychothérapies pertinentes pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapies cognitives et comportementales telles que : <ul style="list-style-type: none"> ○ Programmes de gestion de la colère, TCC ciblant la psychose, TCC sur l'empathie des victimes, thérapie comportementale dialectique, schémathérapie • Remédiation cognitive <p>Encourager la thérapie par la réalité virtuelle</p> <p>Identifier les autres formes de soutien psychosocial pertinentes pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musicothérapie • Zoothérapie • Approche de gestion des risques de violence • Économie symbolique
<p>État de santé (complexité et gravité) - Bien-être mental</p>	<p>Rendre accessible une intervention de méditation pleine conscience pour les patients</p>

Tableau 2. – Résultats synthétisés

Discussion

Le but de cette revue rapide des écrits est d'identifier des interventions afin de soutenir les gestionnaires dans la prévention de la violence provenant des patients en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel. Dans cette partie, le rôle et l'apport du gestionnaire seront d'abord explorés en lien avec les articles analysés et les résultats seront mis en relation avec la littérature. Par la suite, les résultats de cette revue rapide des écrits seront discutés à la lumière des questions sur leur applicabilité et leur transférabilité, tels que suggérés par Dobbins (2017). Les limites de la revue rapide des écrits seront présentées. Finalement, les implications de ce projet dans le domaine de la recherche, de la formation et de la gestion seront proposées.

Rôle du gestionnaire dans la prévention de la violence

Ici, nous allons d'abord rappeler l'apport du modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998) dans la prise en charge proactive de la prévention de la violence et du rôle du gestionnaire dans ce processus d'enquête d'un événement accidentel. Par la suite, nous ferons l'exercice de présenter le processus d'enquête en expliquant l'apport du gestionnaire au travers des écrits analysés, le tout mis en relation avec les types de facteur influençant la pratique clinique et plusieurs des interventions recensées.

Selon Gaynes et al. (2017), il n'existe pas de « données actuelles qui donnent aux gestionnaires une orientation définitive sur la meilleure façon de prévenir et de désamorcer les comportements agressifs dans les établissements de soins aigus » [traduction libre] (p.829). Toutefois, le style de gestion au niveau organisationnel est particulièrement important, car il permet de définir non seulement les valeurs et l'éthique en regard de la prévention de la violence, mais aussi de teinter la culture de sécurité (Asikainen et al., 2020). Un leadership infirmier transformationnel sera un atout indispensable pour assurer un environnement sain et sécuritaire, notamment en bâtissant des relations de confiance avec l'équipe et en misant sur les résultats probants (AIIAO, 2013; Brousseau, 2019). Ce leadership définira la culture organisationnelle ainsi que la gestion des risques (Brousseau, 2019). En effet, afin de prévenir au maximum les erreurs évitables, il est capital que la ou le gestionnaire trouve des stratégies pour augmenter la déclaration des formulaires d'incident ou d'accident ou mette en place des lignes directrices sur les débriefages

post-événement formels (RNAO, 2019). Ainsi, en encourageant les déclarations et la révision des incidents ou accidents, la ou le gestionnaire sera en mesure d'enquêter sur les événements accidentels. Vincent et al. (2002) expliquent qu'il faut alors remonter la chaîne du modèle des causes organisationnelles de l'accident. L'enquêteur analysera en premier les problèmes liés aux soins soient les erreurs ou violations de la personne impliquée pour finalement enquêter sur les facteurs influençant la pratique (Vincent et al., 2002). Ce processus d'enquête permet donc au gestionnaire de déterminer précisément lequel ou lesquels des facteurs contributifs et des types de facteur sont en cause dans la survenue de l'accident afin de mettre en place rapidement des mesures correctives. Ainsi, la prévention de la violence passe par une approche d'interventions multifactorielles afin de diminuer les risques à son état minimal (Gaynes et al., 2017).

Nous allons, dans les prochains paragraphes, remonter la chaîne du modèle des causes organisationnelles de l'accident et faire le lien avec le rôle du gestionnaire des écrits analysés en fonction des différents types de facteur du cadre de référence et certaines interventions trouvées. Il est important de souligner que sur les 24 écrits recensés qui abordent le rôle du gestionnaire, la mention de son rôle ou de son apport que ce soit en lien la prévention de la violence ou l'implantation d'une intervention reste la plupart du temps faite de manière succincte ou implicite. Or, une connaissance du gestionnaire des multiples interventions recensées dans cette revue rapide des écrits est primordiale pour prévenir proactivement les situations de violence.

Tout d'abord, dans les écrits analysés, le personnel estime que la ou le gestionnaire doit être avisé sans délai, peu importe le moyen (appel téléphonique, courriel, etc.) lorsqu'une situation de violence se produit au sein de l'unité (Zuzelo et al., 2012). Par la suite, la ou le gestionnaire est la personne responsable d'examiner les rapports d'incident ou d'accident qui ont été complétés par un membre du personnel lors des événements violents (Badeaux et al., 2020; Spaducci et al., 2020). Les gestionnaires jouent un rôle clef dans la lutte contre la violence au travail en évaluant notamment les facteurs de risques liés au personnel et à l'environnement (Martinez, 2016) ainsi qu'en identifiant les écarts entre la pratique et les derniers résultats probants (Stewart et Reeves, 2021). À la suite de l'analyse du rapport d'accident, la ou le gestionnaire peut utiliser les données recueillies pour mettre en place des interventions appropriées basées sur les résultats probants (Asikainen et al., 2020; Martinez, 2016). Par ailleurs, il est recommandé que la ou le gestionnaire documente toutes les démarches faites à la suite des enquêtes, à l'analyse de la situation et au choix

des mesures sélectionnées pour répondre à cet événement et des recommandations pour le futur (RNAO, 2019).

Concernant le contexte institutionnel (type de facteur 1), nous avons vu dans les résultats que le personnel ainsi que les patients jugent la mise en place de politiques et de règlement comme d'une importance capitale dans la prévention de la violence (Horowitz et al., 2015). Au niveau de la loi, assurer la santé et la sécurité au travail est un devoir inhérent à l'employeur (Loi sur la santé et sécurité au travail, 2022), ici représenté par la ou le gestionnaire de soins de santé. Selon l'article 51, l'employeur doit « prendre les mesures pour assurer la protection du travailleur exposé sur les lieux de travail à une situation de violence physique ou psychologique » (Loi sur la santé et la sécurité au travail, 2022, p. 17). Ainsi, les gestionnaires, en collaboration avec la haute-direction, sont responsables de la mise en place et de l'application de politique et procédures relatives à la violence vécue en milieu de travail (Brousseau, 2019; RNAO, 2019), ce qui peut se traduire par l'implantation d'interventions dans tout l'établissement telles que des règles de sécurité sur les fouilles corporelles ou la recherche d'arme, des politiques pour un environnement sans-fumée ou encore des règlements pour établir le fonctionnement de l'unité de soins.

En lien avec les facteurs organisationnels et de gestion (type de facteur 2), nous avons pu constater l'importance du changement de culture. En effet, qu'il s'agisse de la culture de soins centrée sur la personne ou axée sur le rétablissement ou encore le modèle *Safewards*, ce changement de culture peut rendre l'environnement plus sécuritaire pour le personnel (Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b ; Horowitz et al., 2015; Maguire et al., 2018). La culture organisationnelle en place dans les établissements et les unités de soins relèvent du gestionnaire et de la haute direction. Ainsi, pour réussir à implanter ce type d'intervention, la ou le gestionnaire se doit d'être un leader dans la gestion du changement et s'impliquer entièrement dans ce changement (Brousseau, 2019). Il est donc essentiel que la ou le gestionnaire démontre à l'équipe son « engagement envers la sécurité ainsi que l'importance d'établir et de maintenir une culture de la sécurité » [traduction libre] (Isaak et al., 2017, p. 413). Pour ce faire, la ou le gestionnaire peut s'impliquer au sein du comité pour la mise en place des interventions préventives (Dickens et al., 2020a; Dumais et al., 2012; Isaak et al., 2017; Magnavita, 2011). Il ou elle peut même aider au développement ou à la validation de l'intervention comme un outil d'évaluation tel que vu dans les

facteurs liés aux tâches à effectuer (Cheung et al., 2018; Hallett et al., 2018; Sarver et al., 2019). Selon Brousseau (2019), la ou le gestionnaire doit encourager la recherche voire s'y engager lorsque son expertise est nécessaire. Par ailleurs, la ou le gestionnaire peut aussi solliciter les membres de l'équipe dans l'élaboration et l'implantation du projet en les impliquant par la mise en place de réunions régulières, de canaux de communication sur l'avancement du projet et dans la prise de décision, par exemple en leur proposant de choisir le nom ou l'emplacement de la nouvelle salle sensorielle (Forsyth et Trevarrow, 2018). Ainsi, la ou le gestionnaire permet au personnel infirmier de contribuer au développement des connaissances en sciences infirmières (Brousseau, 2019). L'invitation de s'impliquer dans un projet peut même s'étendre aux patients volontaires (Forsyth et Trevarrow, 2018).

Concernant l'environnement de travail (type de facteur 3), on constate que l'implantation de certaines interventions ne dépend pas du gestionnaire seulement, mais plutôt de la haute direction comme le design architectural de l'établissement et des unités de soins ou encore certains équipements de sécurité (ex. caméras fixes) ou technologiques. Toutefois, la composition des équipes de soins et les attentes de rôle relèvent du gestionnaire. En effet, la ou le gestionnaire est responsable de la gestion des ressources humaines (Brousseau, 2019). Concernant les interventions touchant l'environnement thérapeutique telles l'implantation de salles sensorielles ou les activités organisées pour le patient, la ou le gestionnaire a également un rôle important à jouer. Selon Brousseau (2019), l'engagement principal de l'infirmière ou l'infirmier gestionnaire est centré sur la personne soignée. Ainsi, il doit mettre en œuvre toutes mesures qui peuvent assurer des soins optimaux (Brousseau, 2019). Dans les résultats, nous avons également remarqué l'importance accordée au soutien qu'elle ou il peut apporter à son équipe. En effet, selon RNAO (2019), la prévention de la violence passe donc aussi par le soutien du gestionnaire envers le personnel. Dans un sondage de Statistique Canada en 2009 (Shields et al., 2009, p. 8), il a été démontré que 40% du personnel infirmier ayant un faible soutien de la part de leur gestionnaire a déclaré une agression physique versus 32% pour les infirmières et infirmiers soutenus par leur gestionnaire (Shields et al., 2009). Ce soutien peut se démontrer par la mise en place d'une prise de décision partagée, par l'autonomisation des professionnels, par une implication dans l'élaboration des politiques et procédures, etc. (Brousseau, 2019). Les membres de l'équipe de soins, dont le personnel infirmier, peuvent aussi avoir besoin du soutien du gestionnaire à la suite d'un épisode d'agression

(Jacobowitz, 2013; Hsieh et al., 2020; Rodrigues et al., 2021). Ce soutien peut passer par la validation de l'expérience traumatisante et des émotions ou symptômes post-événement auprès des personnes impliquées dans un épisode violent. Pour ces dernières, il est capital que la ou le gestionnaire ne minimise pas l'impact de leur traumatisme vécu au travail (Rodrigues et al., 2021). En effet, il est important de mentionner que certaines personnes seront en mesure de se rétablir d'elles-mêmes grâce à des stratégies de *coping*. Toutefois, la majorité vivra une période initiale de détresse psychologique et certaines personnes développeront des conséquences à long terme si cette détresse n'est pas prise en charge rapidement (Handa et al., 2011). Selon le RNAO (2019), si les gestionnaires ne sont pas en mesure d'offrir le soutien nécessaire aux victimes de violence, alors les employés pourraient devenir cyniques envers leur emploi, se plaindre des conditions liées à leur emploi et expérimenter une perte de confiance en leurs compétences professionnelles ce qui, ultimement, aurait des répercussions sur la qualité des soins. Ainsi, la ou le gestionnaire pourrait contribuer à la mise en place de ressources pertinentes, par exemple, en encourageant l'implantation de programmes de gestion du stress (RNAO, 2019), en élaborant des outils sur les démarches à suivre, les services offerts et les contacts pour les victimes d'agression (Rodrigues et al., 2021) ou les accompagnant dans la recherche de ses ressources comme le Programme d'aide aux employés (RNAO, 2008). Ce faisant, la ou le gestionnaire participera à la mise en œuvre d'une « culture organisationnelle de soutien au bien-être personnel » dans le but de favoriser un bien-être au travail auprès des membres de son équipe [traduction libre] (Foster et al., 2018, p. 1478). La ou le gestionnaire pourrait également informer la victime de ses droits (RNAO, 2019). En effet, en fonction de la sévérité de l'agression, la violence peut avoir un caractère criminel et donc relever de la législation pénale (INSPQ, 2018). Il revient donc au gestionnaire d'encourager et d'accompagner la victime à avoir recours au service de police afin de déposer une plainte (RNAO, 2008). La ou le gestionnaire pourrait également démontrer son soutien et son implication grâce à l'animation d'un débriefage post-événement (Asikainen et al., 2020; Stewart et Reeves, 2021). Afin d'être en mesure de soutenir adéquatement le personnel, il serait intéressant que la ou le gestionnaire puisse être formé sur la manière d'intervenir auprès des membres de l'équipe ayant vécu un traumatisme lié à un épisode de violence au travail (Rodrigues et al., 2021). En effet, former les gestionnaires selon le modèle social *Family-Supportive Supervisor Behaviors*, présenté dans les résultats, serait alors hautement pertinent. Ce modèle permettrait aux gestionnaires d'adopter des comportements qui démontreraient un soutien aux employés tels que l'évaluation

des leurs besoins et préférences et le soutien lors des démarches administratives (Yragui et al., 2017).

En lien avec les facteurs d'équipe (type de facteur 4), les résultats ont démontré le poids de la communication dans la prévention de la violence qu'elle soit avec les patients ou les membres de l'équipe. On a pu donc constater la nécessité que la ou le gestionnaire établisse une communication ouverte et régulière avec et entre tous les membres du personnel (Asikainen et al., 2020; Isaak et al., 2017). Elle ou il doit donc tenir compte des préoccupations des membres de l'équipe de soins quant à leur sécurité ainsi que de leurs suggestions (Asikainen et al., 2020; Isaak et al., 2017; Martinez, 2016). Ce faisant, cela aidera la ou le gestionnaire à instaurer une culture de sécurité qui vise à réduire les erreurs évitables à son minimum, et ce autant pour le personnel que pour les patients (Brousseau, 2019). Dans cette revue rapide, les écrits qui ne présentaient pas d'interventions n'ont pas été pris en compte. Pourtant, certains facteurs de protection sont en lien avec le travail d'équipe tels le soutien (Zuzelo et al., 2012) ou la confiance entre collègues, la collégialité (Olsson et Schön, 2016) et la possibilité de rechercher de l'aide au besoin (Hallett et Dickens, 2015; Hallett et Dickens, 2017). Il a été clairement démontré que lorsque le climat de travail est positif, le personnel mise davantage sur le travail d'équipe permettant ainsi un environnement de travail plus sécuritaire dans lequel chaque individu prend soin des autres (Zuzelo et al., 2012). Ce travail en partenariat permet alors de connaître les forces et difficultés de chacun et de pouvoir gérer une situation de crise à plusieurs selon le besoin (Zuzelo et al., 2012). D'ailleurs, dans un sondage de Statistique Canada, il a été noté que « 40% des infirmières ayant un faible soutien de la part de leurs collègues ont dit avoir été agressées physiquement, comparativement à 29 % de celles dont les collègues étaient d'un plus grand soutien » (Shields et al., 2009, p. 8). Ainsi, selon les écrits analysés, la ou le gestionnaire doit aussi mettre en place des moyens pour réduire tous les facteurs de risque, même ceux qui gravitent plus loin de ce phénomène tels que la surcharge des services de soins, la mauvaise ambiance au travail, etc. (Lantta et al., 2016a).

Concernant les facteurs individuels (type de facteur 5), nous avons vu la nécessité de former le personnel. De nombreux articles présentaient les habiletés nécessaires que le personnel doit acquérir afin de diminuer les risques de violence. Ainsi, la ou le gestionnaire doit être sensible à ces facteurs de protection tels que les habiletés de communication du personnel en pacification

(Raveel et Schoenmakers, 2019) ou les habilités interpersonnelles (Hallett et al., 2014) comme l'empathie (Olsson et Schön, 2016), la motivation du personnel (Kontio et al., 2014), son engagement auprès du patient, sa capacité à développer une relation thérapeutique (Perron et al., 2015), son leadership (Lantta et al., 2016a) ou encore ses connaissances et compétences (Hallett et al., 2014; Kontio et al., 2014). Ainsi, lorsque des formations pour le personnel sont nécessaires, la ou le gestionnaire s'engage à les rendre accessibles (Foster et al., 2018; Forsyth et Trevarrow, 2018; Lantta et al., 2016a; Rodrigues et al., 2021) et s'assure de libérer les employés pour les suivre (Foster et al., 2018). Elle ou il peut également, selon les besoins des membres de l'équipe, offrir des séances de remise à niveau au cours des années subséquentes (Isaak et al., 2018). En plus des formations, le bien-être mental du personnel est important dans la prévention de la violence. La ou le gestionnaire doit contribuer à instaurer une culture organisationnelle favorisant le bien-être et le soutien au travail (Foster et al., 2018). Pour ce faire, comme vu dans les résultats, la ou le gestionnaire peut collaborer à implanter des interventions (ex. programme sur la résilience, le *biofeedback*) afin de réduire le stress professionnel par exemple (Foster et al. 2018; Hsieh et al., 2020).

En lien avec les facteurs liés aux tâches à effectuer (type de facteur 6), nous avons constaté qu'il est nécessaire que la ou le gestionnaire fasse un choix éclairé et concerté lors de la sélection d'interventions à mettre en place, dont les outils d'évaluation. En effet, elle ou il doit prendre en considération la charge de travail des membres de l'équipe ainsi que la valeur ajoutée de l'outil pour ceux-ci (Mistler et Friedman, 2021). Il serait pertinent, par exemple, qu'à la suite de la mise en place d'un outil d'évaluation du risque de violence, la ou le gestionnaire mette à disposition des cliniciens les données compilées des patients afin qu'ils puissent évaluer l'efficacité de leurs interventions (Mistler et Friedman, 2021).

En lien avec les facteurs liés aux patients (type de facteur 7), les résultats démontrent l'importance de combiner les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques telles que les psychothérapies ou d'autres formes de soutien psychosocial. Il est évident que les gestionnaires ont peu d'action quant à la pharmacothérapie puisque cela est exclusif au domaine médical. Toutefois, certaines thérapies étaient offertes par du personnel infirmier formé. La ou le gestionnaire peut soutenir les membres de son équipe à acquérir cette spécialisation et ainsi

répondre plus facilement aux besoins des patients. Ainsi, il revient au gestionnaire d'encourager les membres de son équipe à développer ses compétences et connaissances et à mettre à œuvre toutes les mesures nécessaires pour les aider en ce sens (Brousseau, 2019).

Pour conclure, une fois l'intervention implantée, la ou le gestionnaire doit contribuer à l'évaluation de son efficacité en faisant des suivis, par exemple, grâce à des vérifications dans les dossiers (Yao et al., 2014) ou via des audits (Maguire et al., 2017). En effet, conjointement avec l'équipe, elle ou il doit réévaluer régulièrement l'efficacité et la pertinence des interventions implantées (RNAO, 2019). Ainsi, il est important de mentionner que le succès de l'implantation et la pérennité des interventions reposent notamment sur une implication du gestionnaire dans tout ce processus d'enquête et d'implantation de stratégies préventives (Dickens et al., 2020a; Foster et al., 2018; Magnavita, 2011).

Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des résultats

Dans cette partie de la discussion, les trois questions sélectionnées de Buffet et al. (2011) permettront de guider l'analyse critique pour l'ensemble des résultats de cette revue rapide des écrits concernant leur applicabilité et leur transférabilité au contexte local. Rappelons que ces réflexions ont aussi été nourries par une rencontre avec le superviseur de stage, un infirmier gestionnaire, à qui les résultats préliminaires de cette revue rapide ont été présentés.

L'applicabilité permet de vérifier si l'intervention évaluée peut se transposer dans un contexte local (Buffet et al., 2007). Ainsi, on cherche à savoir, entre autres, si les ressources (humaines, financières ou autre) ou le contexte politique local sont similaires à ceux de l'étude afin d'être en mesure d'implanter l'intervention (Buffet et al., 2007). Dans une étude qui explore le rôle, les comportements et attitudes des infirmières et infirmiers gestionnaires dans la prévention et la gestion de la violence de patients auprès du personnel, il en ressort qu'elles et ils sont bien conscients que ce problème épuise les équipes et cause des interruptions de services (Heckemann et al., 2017). Ces gestionnaires démontrent une attitude positive envers l'adoption de changements dans le milieu de travail, mais elles et ils font face à des défis. Plusieurs soulignent manquer de temps pour apporter les changements nécessaires (Heckemann et al., 2017). Ces gestionnaires expliquent aussi qu'apporter des changements organisationnels peut représenter un défi notamment

en raison de contraintes financières (Heckemman et al., 2017; Morphet et al., 2019). Selon l'étude d'Heckemann et al. (2017), du point de vue des gestionnaires, la haute direction resterait encline à apporter des ajustements si et seulement si ceux-ci n'entraînent pas de coûts supplémentaires (Heckemann et al., 2017). Les infirmières et infirmiers gestionnaires peuvent alors avoir le sentiment de manquer de pouvoir pour apporter des changements organisationnels dans leur milieu de travail (Heckemann et al., 2017). En effet, les gestionnaires pensent qu'elles et ils vont devoir investir beaucoup de temps et faire preuve de persévérance pour démontrer l'importance de cette problématique auprès de la haute direction (Heckemann et al., 2017). Ainsi, sans le soutien de la haute direction, l'implication des infirmières et infirmiers gestionnaires dans la prévention de la violence dans le milieu de travail peut demeurer relativement faible (Heckemann et al., 2017). Il est alors de bon augure que le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2022) ait rendu publique, au début de l'année 2022, le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 « S'unir pour un mieux-être collectif »* qui propose de nombreuses mesures budgétisées visant à favoriser des soins de santé mentale optimaux pour la population. Une mesure est pertinente dans le cadre de cette étude, il s'agit de l'action 7.3 qui vise à « Améliorer les connaissances au regard de la détection du risque de passage à l'acte violent des personnes présentant une détresse psychologique, que cette détresse soit accompagnée d'un trouble mental ou non » (MSSS, 2022, p. 75). Tout d'abord, cette mesure démontre toute l'importance que le gouvernement accorde à la prévention de la violence des patients, et ce dans le domaine de la santé mentale. En effet, avec un budget total de 5,758 M\$ pour les cinq prochaines années, le gouvernement prouve qu'il est sensible à cette problématique. Cette enveloppe budgétaire servira donc à « un rehaussement des connaissances et des compétences relativement à la détection du risque de violence associé à l'état mental d'une personne chez les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux » (MSSS, 2022, p. 75). Ainsi, l'accent est mis sur des interventions d'évaluation du risque de violence et les interventions préventives qui découlent du niveau de risque évalué. Certaines interventions présentées dans cette revue rapide des écrits s'intègrent donc parfaitement avec le plan du gouvernement, notamment les formations du personnel sur la prévention de la violence ou encore l'utilisation d'outils d'évaluation du risque et la mise en place de protocoles accompagnant ces évaluations. Par ailleurs, les autres interventions présentées ici sont tout à fait cohérentes avec cette volonté gouvernementale de « diminuer le niveau de risque et ainsi prévenir de potentiels passages à l'acte violents » (MSSS, 2022, p. 75). Par ailleurs, la discussion des résultats avec un gestionnaire

d'une urgence psychiatrique a permis de mettre en lumière la volonté de la haute direction à être plus proactive que réactive dans la prise en charge de la violence dans les milieux de soins. En effet, d'après lui, l'organisation a, depuis quelques années, permis l'implantation de plusieurs interventions en ce sens (ex. plan de crise conjoint) et donne une plus grande latitude aux gestionnaires de proximité pour la mise en place d'interventions. Un autre point important soulevé par le gestionnaire rencontré, quant à l'applicabilité des résultats, est qu'il est essentiel que les interventions sélectionnées soient adaptées à l'unité de soins en fonction des besoins du personnel ou des patients, de la clientèle que l'unité dessert et des contraintes organisationnelles. Par exemple, il est possible que certaines interventions, telles que la mise en place de règlements en collaboration avec les patients, soient moins applicables au sein d'unité où le roulement des patients est important (ex. l'urgence). Ainsi, il faudrait adapter cette intervention, par exemple, en créant le règlement avec le comité des usagers ou un patient partenaire. De plus, d'autres considérations organisationnelles sont à prendre en compte. Par exemple, si l'on se penche sur la composition des équipes de soins, il est impossible d'assurer une mixité dans le genre du personnel ou encore une diversification dans les expériences de travail. En effet, l'attribution des postes conventionnés ne permet pas de choisir le personnel qui travaille au sein des unités. Selon le gestionnaire rencontré, le contexte local peut faire en sorte qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre des pratiques optimales. En revanche, c'est en démontrant de la flexibilité et de la créativité que la ou le gestionnaire peut évaluer le contexte dans lequel elle ou il veut apporter des changements afin de prioriser les interventions à implanter et les adapter au besoin.

Selon Lincoln et Guba (1985), réfléchir sur la transférabilité d'une étude permet d'évaluer si les résultats peuvent s'appliquer à un autre contexte. Ainsi, on cherche à évaluer si les caractéristiques au niveau des participants ou encore le contexte d'application de l'étude sont semblables au contexte local afin d'obtenir des résultats similaires à ceux de l'étude (Buffet et al., 2007). Afin de répondre à cette question, il est intéressant de se pencher sur plusieurs caractéristiques des écrits empiriques analysés dans cette revue rapide des écrits. Tout d'abord, si on regarde les pays dans lesquels se sont déroulées les études empiriques (n=110), les pays les plus représentés sont le Royaume-Uni (n=22), l'Australie (n=18), le Canada (n=13), les États-Unis (n=11) et les Pays-Bas (n=8) (voir l'annexe H pour un tableau complet). On remarque donc que la majorité des études (n=72) a été réalisée dans des pays occidentaux, dont le Canada, présentant

donc plusieurs caractéristiques (ex. origine ethnique, variables sociodémographiques) semblables entre elles. De plus, même s'il est vrai que la population est très variable en nombre entre ces pays, nous ne croyons pas que cela aurait un impact sur la transférabilité des résultats. Concernant les études ayant des membres du personnel comme participants (n=29), 15 études visaient le personnel infirmier seulement (infirmières, infirmiers, infirmières assistantes-chefs, infirmiers assistants-chefs, etc.) tandis que les 14 autres études ont aussi inclus d'autres membres de l'équipe (psychologues, psychiatres, travailleuses et travailleurs sociaux, thérapeutes, etc.). Ainsi, des études analysées (n=29), toutes ont eu du personnel infirmier comme participant, ce qui démontre encore une fois une transférabilité des résultats au sein des unités de soins. En effet, le personnel infirmier est le fournisseur de soins de santé présent en plus grand nombre sur une unité de soins et un des plus touchés par la violence perpétrée par les patients. La discussion avec le gestionnaire a aussi permis de souligner l'importance de l'engagement des équipes de soins, et particulièrement du personnel infirmier, dans l'implantation des interventions et le transfert des résultats. En effet, la résistance au changement pourrait devenir un obstacle à une culture de prévention de la violence. Ainsi, les gestionnaires doivent trouver des stratégies pour impliquer les équipes et leur démontrer que les changements apportés vont répondre à leurs besoins. Des rencontres régulières avec les équipes sur l'avancement du projet et qui leur permettent d'exprimer leurs préoccupations, leurs besoins ou leurs idées peuvent aider à faire progresser le changement (Bareil, 2008). Il est donc évident qu'afin d'assurer la transférabilité des résultats, la ou le gestionnaire doit prendre en considération les inquiétudes, les besoins et les suggestions du personnel infirmier, et ce pour assurer une implantation concertée et efficiente. Finalement, les critères d'exclusion et d'inclusion ont permis de s'assurer d'une plus grande transférabilité des résultats notamment en s'assurant que le milieu soit un centre hospitalier psychiatrique adulte ou des unités de santé mentale.

En conclusion, il nous apparaît évident que les interventions proposées dans cette revue rapide des écrits sont pertinentes pour soutenir les gestionnaires dans la prévention de la violence provenant des patients en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel. Grâce aux mesures annoncées, le gouvernement donne non seulement du poids aux résultats, mais surtout des moyens financiers à la haute direction pour agir proactivement face à cette problématique de violence. Toutefois, il revient au gestionnaire de faire une évaluation plus approfondie de l'applicabilité de ces résultats en fonction du contexte local notamment des ressources (humaines, financières ou

autre) dont il dispose, des besoins du milieu et de la clientèle desservie. Au niveau de la transférabilité des résultats, qu'il s'agisse des patients ou du personnel de soins, les caractéristiques sont semblables entre la majorité des études analysées et notre contexte local. Cependant, l'engagement des membres de l'équipe de soins, notamment du personnel infirmier, demeure essentiel pour optimiser l'implantation des interventions sélectionnées et favoriser cette transférabilité. Il revient donc au gestionnaire de tout mettre en œuvre afin de mobiliser le personnel dans ces changements à apporter.

Forces et limites de la revue rapide des écrits

Cette revue rapide des écrits comporte plusieurs forces et limites qu'il est important de souligner dans cette section.

Tout d'abord, le choix de la revue rapide des écrits est approprié en fonction du but de ce cette étude, du temps imparti, mais surtout en fonction du lecteur cible. En effet, il est de notoriété publique que les gestionnaires du système de santé manquent de temps. Ainsi, malgré leur bonne volonté de s'informer sur les derniers résultats probants, il peut être ardu de prendre connaissance d'une revue systématique (Khangura et al., 2012). Cette revue rapide des écrits permet de retrouver facilement des interventions qui aideront les gestionnaires en milieu hospitalier psychiatrique dans leur prise de décision dans une visée de prévention de la violence provenant des patients auprès du personnel. Une autre force de cette revue revient à l'ajout de commentaires d'un gestionnaire, infirmier-chef de service en hôpital psychiatrique. Ainsi, se voulant plus proche de la réalité et des intérêts des gestionnaires, les résultats de cette revue ont été discutés avec le superviseur de stage. Ces commentaires ont permis de valider la pertinence de cette revue ainsi que sur l'applicabilité et la transférabilité des résultats. Une dernière force de cette revue relève du cadre de référence choisi soit le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998). En effet, ce modèle utilisé dans le contexte médical ne l'a pas été, à notre connaissance, dans un contexte d'analyse des facteurs de risque de la violence. Ainsi, ce projet innovant permet d'identifier facilement des stratégies de prévention de la violence en fonction des différents facteurs en cause. La violence est ainsi vue comme une problématique multifactorielle et sa prise en charge doit être systémique.

Certaines limites ont déjà été discutées dans la section sur la transférabilité et l'applicabilité des résultats de cette revue rapide des écrits. Ici, seront abordées les limites en lien avec le choix méthodologique. Compte tenu des stratégies employées pour simplifier la procédure de recherche, une revue rapide des écrits comporte davantage de limites comparativement à une revue systématique des écrits (Khangura et al., 2012). Ainsi, cette revue rapide peut présenter des biais de sélection et de publication du fait de nombreux critères d'inclusion et d'exclusion des écrits (langue, littérature grise exclue, etc.) et du choix limité de bases de données (Ganann et al., 2010). Toutefois, le recours à une bibliothécaire experte, ici dans le domaine de la santé mentale, a permis de maximiser la recherche documentaire (Ganann et al., 2010). D'autres biais de sélection peuvent provenir du fait que seule l'étudiante-chercheuse, sous la supervision de ses directrices de recherche, a été responsable de la sélection des écrits et de l'extraction des données. En effet, il est donc possible que des études pertinentes à la revue rapide soient exclues de manière inappropriée (Tricco et al., 2017) ou que l'extraction des données soit incomplète. Le fait également de ne pas évaluer la qualité des articles peut limiter la portée des résultats (Ganann et al., 2010). En effet, il a donc été impossible d'estimer l'efficacité des interventions présentées. Il est donc possible que les effets des interventions présentées soient surestimés ou sous-estimés (Tricco et al., 2017). Cependant, il est important de mentionner que des études se sont intéressées à comparer les résultats obtenus à la suite de la réalisation d'une revue systématique des écrits et d'une revue rapide des écrits. Ces écrits démontrent que même si la revue rapide des écrits utilise une méthodologie moins rigoureuse que la revue systématique des écrits, les résultats s'avèrent être très similaires (Ganann et al., 2010; Tricco et al., 2015). Ainsi, malgré les limites évoquées, nous croyons que les résultats présentés dans cette revue rapide des écrits peuvent avoir plusieurs implications qui seront discutées dans la prochaine section.

Implications

Les implications de cette revue rapide des écrits sont multiples au niveau de la recherche, de la formation et de la gestion.

Recherche

Ce travail offre une contribution aux connaissances sur le rôle et les responsabilités du gestionnaire d'une part sur le phénomène de la violence des patients auprès du personnel dans les

milieux de soins psychiatriques et d'autre part, sur le processus d'enquête d'un événement accidentel et d'implantation d'interventions préventives. Or, il n'existe que peu d'écrits qui s'intéressent à cette problématique de violence du point de vue des gestionnaires. Il serait donc intéressant que davantage d'études qualitatives se penchent sur leur perception de la violence et de leur rôle quant à ce phénomène.

Formation

Cette revue rapide des écrits sensibilise les gestionnaires de proximité sur le phénomène de la violence des patients auprès du personnel dans les milieux de soins psychiatriques. On a pu constater toute l'étendue du rôle et des responsabilités que ces derniers ont quant à cette problématique. Ainsi, il serait pertinent que les établissements de santé offrent des formations sur la violence et sa prévention à tous les gestionnaires, et ce peu importe le milieu psychiatrique. Ce travail met également l'accent sur la prévention secondaire. En effet, il faut être conscient que la violence des patients auprès du personnel ne peut être complètement contrée, mais qu'il est possible d'en diminuer le risque en s'attardant aux facteurs identifiés à partir du modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998). Comme nous avons pu le constater, les membres de l'équipe s'attendent à être soutenus et accompagnés par la ou le gestionnaire lorsqu'ils sont victimes d'agression de la part des patients. Ainsi, il serait pertinent que les établissements de santé mettent en place ou promeuvent des ressources pour accompagner les gestionnaires dans la prise en charge de ces personnes.

Gestion

Le cœur de ce travail repose sur une recension d'interventions qui seront pertinentes pour les gestionnaires puisqu'elles viendront répondre à un des sept types de facteurs pouvant influencer la pratique clinique et être en cause dans la survenue d'un événement violent. Cette façon de classer les interventions n'a jamais été faite jusqu'à présent et sera utile pour les gestionnaires. En effet, en fonction des facteurs qui émergeront à la suite de son analyse de la problématique, elle ou il sera en mesure de sélectionner une ou plusieurs interventions appropriées afin de prévenir la violence et ses conséquences auprès du personnel en milieu hospitalier psychiatrique. Ultimement, la mise en place d'interventions permettra au gestionnaire d'améliorer la sécurité du milieu de travail (Vincent et al., 1998). Une prise en charge proactive et plus globale de la problématique de la violence faite auprès du personnel de la part des patients aura le potentiel de diminuer sa prévalence

ainsi que ses conséquences le cas échéant, et ce de manière durable. De plus, il est également important d'ajouter qu'une analyse systémique de la problématique de la violence permettra à l'organisation de progresser vers un changement de culture dans laquelle on ne blâme plus les individus pour leurs erreurs. Dans une culture de sécurité, les erreurs devraient être vues plutôt comme une occasion d'améliorer le système de santé dans son ensemble (Institute of Medicine, 2001), ce qui amènera à contrer la culture du silence en encourageant les victimes à déclarer les événements violents. Toutes ces retombées pourraient également avoir un impact sur la qualité des soins et sur l'organisation dans son ensemble en diminuant, par exemple, le roulement du personnel et l'absentéisme (OMS, 2002). Ainsi, afin que les gestionnaires soient en mesure de sélectionner les interventions pertinentes en fonction des facteurs en cause, les organisations sont encouragées à en place un modèle d'analyse systémique des événements de violence comme le modèle des causes organisationnelles d'accident de Vincent et al. (1998, 2002), utilisé dans ce travail. Par ailleurs, à partir des résultats de cette revue rapide des écrits, une infographie sera travaillée et diffusée auprès des gestionnaires présents dans les milieux cliniques en psychiatrie.

Conclusion

La problématique de la violence perpétrée par les patients en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel est un sujet largement reconnu et étudié. La littérature regorge d'écrits sur les facteurs de risque, les conséquences et les interventions de prévention de la violence. Toutefois, peu d'entre eux présentent l'implantation d'interventions du point de vue du gestionnaire. Or, celle-ci ou celui-ci se doit de contribuer à favoriser un milieu de travail sain et sécurité, exempt de violence (Organisation internationale du Travail et al., 2002; RNAO, 2019). En somme, les résultats de cette revue rapide des écrits permettent de regrouper des interventions pertinentes pour la ou le gestionnaire dans une visée de prévention de violence interpersonnelle externe vécue en milieu de travail. Cette revue met également en lumière le rôle du gestionnaire au regard de cette problématique. D'ailleurs, peu d'études ont été recensées en ce sens. Il serait dès lors intéressant de produire une revue rapide des écrits utilisant le modèle des causes organisationnelles d'accident pour recenser des interventions visant un milieu de soins non psychiatrique (ex. unité de chirurgie ou urgence générale) ou visant un autre type de violence (ex. violence horizontale).

Références bibliographiques

- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A. et Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, 197. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-197>
- Aguglia, A., Mineo, L., Rodolico, A., Signorelli, M. S. et Aguglia, E. (2018). Asenapine in the management of impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder and comorbid borderline personality disorder: an open-label uncontrolled study. *Int Clin Psychopharmacol*, 33(3), 121-130. <https://doi.org/10.1097/yic.000000000000206>
- Amunrud, A. et Bjorklund, P. (2021). Implementation of the dynamic appraisal of situational aggression in inpatient mental health. *Perspect Psychiatr Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12915>
- Anderson, K. K. et Jenson, C. E. (2019). Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.012>
- Arai, K., Takano, A., Nagata, T. et Hirabayashi, N. (2017). Predictive accuracy of the Historical-Clinical-Risk Management-20 for violence in forensic psychiatric wards in Japan. *Crim Behav Ment Health*, 27(5), 409-420. <https://doi.org/10.1002/cbm.2007>
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E. et Louheranta, O. (2020). Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care: A Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 58(5), 39-49. <https://doi.org/10.3928/02793695-20200306-01>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2019, mai). *Violence subie par les travailleurs de la santé dans les hôpitaux, les établissements de soins et les milieux de soins à domicile* (mémoire). [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/2019_Violence subie par les travailleurs de la sante.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/2019_Violence%20subie%20par%20les%20travailleurs%20de%20la%20sant%C3%A9.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013, juillet). *Ligne directrice de pratiques exemplaires. Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier* (2e éd.). <http://rnao.ca/bpg/language/lignes-directrices-sur-le-d%C3%A9veloppement-et-le-maintien-du-leadership-infirmier>

- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. (2018). *Formation OMÉGA. Cahier du participant*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Baby, M., Glue, P. et Carlyle, D. (2014). 'Violence is Not Part of Our Job': A Thematic Analysis of Psychiatric Mental Health Nurses' Experiences of Patient Assaults from a New Zealand Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- Badeaux, J. E., Triche, T. et Bennett, M. J. (2020). Reduction of aggressive and violent behavior toward behavioral health unit staff and other patients: a best practice implementation project. *JBI Evid Implement*, 19(2), 177-189. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000251>
- Bareil, C. (2008). Démystifier la résistance au changement : questions, constats et implications sur l'expérience du changement publiques. *Télescope*, 14(3), 89-105. http://www.telescope.enap.ca/Telescope/docs/Index/Vol_14_no_3/Telv14n3_Bareil.pdf
- Bensimon, M., Shaul, S., Div, S., Sandler, L. et Teitelbaum, A. (2018). Patient-centered Approach in Closed Psychiatric Wards: The Curative Power of Relaxing Music Chosen by Patients. *Isr J Psychiatry*, 55(2), 52-57.
- Berring, L. L., Hummelvoll, J. K., Pedersen, L. et Buus, N. (2016). A Co-operative Inquiry Into Generating, Describing, and Transforming Knowledge About De-escalation Practices in Mental Health Settings. *Issues Ment Health Nurs*, 37(7), 451-463. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154628>
- Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R. B. et Chellappan, X. B. (2020). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Invest Educ Enferm*, 38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e06>
- Björkdahl, A., Hansebo, G. et Palmstierna, T. (2013). The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(5), 396-404. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01930.x>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Sugar, Stewart, D. et Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 52(9), 1412-1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
- Boyer, R, Guay, S, et Goncalves, J. (2014). *Évaluation du programme de formation Oméga pour prévenir et gérer l'agressivité des patients. Résultats d'une étude menée à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal* (Collection Recherche et évaluation). Institut Universitaire en Santé Mentale.
- Brousseau, S, (2019). *Standards de pratique et compétences. Guide à l'intention des infirmières oeuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec*. Les Éditions JFD inc.

- Buffet, C., Ciliska, D. et Thomas, H. (2011). *Puis-je utiliser ces données probantes pour choisir mes programmes? Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes.*
<https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/01/ea0f35a0458f84bce52deabc21c4a57ff6a818f6.pdf>
- Buffet, C., Ciliska, D. et Thomas, H. (2011). *Will it work here? Tool for Assessing Applicability and Transferability of Evidence* (Version A: When considering starting a new program.).
<https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/d9478bbe6b1311cb86be212e4e43d9fefe07958e.pdf>
- Ceccherini-Nelli, A., Bucuci, E., Burbach, L., Li, D., Alikouzehgaran, M., Latif, Z., Morin, K., Ganapathy, K., Salsali, M., Abdullah, U., Westwood, W., Orris, J. et White, P. J. (2021). Retrospective Observational Study of Daytime Add-On Administration of Zopiclone to Difficult-to-Treat Psychiatric Inpatients With Unpredictable Aggressive Behavior, With or Without EEG Dysrhythmia. *Front Psychiatry*, 12, 693788.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.693788>
- Cheung, T., Mui, J., Ho, Y. S. et Chien, W. T. (2018). A Scale for the Management of Aggressive and Violent Behaviour (C_MAVAS): Psychometric Properties Testing in Mental Health Nurses. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071496>
- Christie, W. (2015). Perceptions of managerial support after workplace violence. *Nursing Management*, 22(7), 32–36. <https://doi.org/10.7748/nm.22.7.32.s28>
- Chu, C. M., Thomas, S. D., Daffern, M. et Ogloff, J. R. (2013a). Should clinicians use average or peak scores on a dynamic risk-assessment measure to most accurately predict inpatient aggression? *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 493-499. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00846.x>
- Chu, C. M., Thomas, S. D., Ogloff, J. R. et Daffern, M. (2013b). The short- to medium-term predictive accuracy of static and dynamic risk assessment measures in a secure forensic hospital. *Assessment*, 20(2), 230-241. <https://doi.org/10.1177/1073191111418298>
- Citrome, L. et Volavka, J. (2011, Dec 1). Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings. *CNS Drugs*, 25(12), 1009-1021.
<https://doi.org/10.2165/11596930-000000000-00000>
- Cook, A. N., Moulden, H. M., Mamak, M., Lalani, S., Messina, K. et Chaimowitz, G. (2018). Validating the Hamilton Anatomy of Risk Management-Forensic Version and the Aggressive Incidents Scale. *Assessment*, 25(4), 432-445.
<https://doi.org/10.1177/1073191116653828>
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F. et Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189, 10-20. Doi:10.1016/j.psychres.2010.12.024

- d'Ettoire, G. et Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Saf Health Work*, 8(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Daffern, M., Day, A. et Cookson, A. (2012). Implications for the prevention of aggressive behavior within psychiatric hospitals drawn from interpersonal communication theory. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 56(3), 401-419. <https://doi.org/10.1177/0306624x11404183>
- Darmedru, C., Demily, C. et Franck, N. (2018). Prévenir la violence associée à la schizophrénie avec la remédiation cognitive. *Encephale*, 44(2), 158-167. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.05.001>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Giguère, C., Berwald, M., Dugré, J. R., Dumais, A. et Signature, C. (2017). The psychometric properties of the Life History of Aggression evaluated in patients from a psychiatric emergency setting. *Psychiatry Res*, 257, 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.031>
- Department of Health and Human Services. (2017). *Expert Review of Health Services' Occupational Violence and Aggression Responses. Final Report.* <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/researchandreports/expert-review-health-services-occupational-violence-aggression-responses>
- Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Wilson, C. M. et Brink, J. (2012). Using dynamic risk and protective factors to predict inpatient aggression: reliability and validity of START assessments. *Psychol Assess*, 24(3), 685-700. <https://doi.org/10.1037/a0026668>
- Dias Marques, M. I., Cruz Mendes, A., de Magalhães Gamito, A. I. F. et De Sousa, L. (2015). Effectiveness of animal-assisted interventions in preventing violence in acute psychiatric inpatients. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 47-56. <https://doi.org/10.12707/riv14060>
- Dickens, G. L. et O'Shea, L. E. (2015). How short should short-term risk assessment be? Determining the optimum interval for START reassessment in a secure mental health service. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 22(6), 397-406. <https://doi.org/10.1111/jpm.12232>
- Dickens, G. L., Tabvuma, T., Frost, S. A. et Group, S. S. S. (2020a). Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. *Int J Ment Health Nurs*, 29(6), 1230-1240. <https://doi.org/10.1111/inm.12762>
- Dickens, G. L., Tabvuma, T., Hadfield, K. et Hallett, N. (2020b). Violence Prevention Climate in General Adult Inpatient Mental Health Units: Validation study of the VPC-14. *Int J Ment Health Nurs*, 29(6), 1101-1111. <https://doi.org/10.1111/inm.12750>
- Dobbins, M. (2017). *Rapid Review Guidebook. Steps for conduction a rapid review (Version 1.1).* National Collaborating Centre for Methods and Tools

- Dumais, A., Larue, C., Michaud, C. et 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 Ment Health Nurs*, 33(10), 670-675. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.697254>
- Dumont, M., Thériault, J., Briand, C., Dumais, A. et Potvin, S. (2018). Psychosocial approaches for individuals with schizophrenia in correctional and forensic psychiatric settings: a rapid review. *Journal of Forensic Practice*, 20(3), 152-166. <https://doi.org/10.1108/jfp-11-2017-0049>
- Faay, M. D., van de Sande, R., Gooskens, F. et Hafsteinsdóttir, T. B. (2013). Kennedy Axis V: Clinimetric properties assessed by mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 22(5), 453-464. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00887.x>
- Finch, B., Gilligan, D. G., Halpin, S. A. et Valentine, M. E. (2017). The Short- to Medium-Term Predictive Validity of Static and Dynamic Risk-of-Violence Measures in Medium- to Low-Secure Forensic and Civil Inpatients. *Psychiatr Psychol Law*, 24(3), 410-427. <https://doi.org/10.1080/13218719.2016.1247640>
- Fletcher, J., Buchanan-Hagen, S., Brophy, L., Kinner, S. A. et Hamilton, B. (2019a). Consumer Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Front Psychiatry*, 10, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00461>
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A. et Brophy, L. (2019b). Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Front Psychiatry*, 10, 462. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00462>
- Fluttert, F. A. J., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjørkly, S., Nijman, H. et Grypdonck, M. (2011). The Development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory: Preliminary findings: Toward a Better Management of Inpatient Aggression. *Arch Psychiatr Nurs*, 25(2), 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.07.001>
- Forsyth, A. S. et Trevarrow, R. (2018). Sensory strategies in adult mental health: A qualitative exploration of staff perspectives following the introduction of a sensory room on a male adult acute ward. *Int J Ment Health Nurs*, 27(6), 1689-1697. <https://doi.org/10.1111/inm.12466>
- Foster, K., Shochet, I., Wurfl, A., Roche, M., Maybery, D., Shakespeare-Finch, J. et Furness, T. (2018). On PAR: A feasibility study of the Promoting Adult Resilience programme with mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 27(5), 1470-1480. <https://doi.org/10.1111/inm.12447>
- Ganann, R., Ciliska, D. et Thomas, H. (2010). Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implementation Science*, 5(56), 1-10. Doi : 10.1186/1748-5908-

- Gates D. M., Gillespie G. L. et Succop P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-66.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M. et Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatr Serv*, 68(8), 819-831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- Geoffrion, S., Hills, D. J., Ross, H. M., Pich, J., Hill, A. T., Dalsbø, T. K., Riahi, S., Martínez-Jarreta, B. et Guay, S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, 9(9), CD011860. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011860.pub2>
- Ghosh, M., Twigg, D., Kutzer, Y., Towell-Barnard, A., De Jong, G. et Dodds, M. (2019). The validity and utility of violence risk assessment tools to predict patient violence in acute care settings: An integrative literature review. *Int J Ment Health Nurs*, 28(6), 1248-1267. <https://doi.org/10.1111/inm.12645>
- Glowacki, K., Warner, G. et White, C. (2016). The use of a token economy for behaviour and symptom management in adult psychiatric inpatients: a critical review of the literature. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 12(2), 119-127. <https://doi.org/10.20299/jpi.2016.009>
- Goetz, S. B. et Taylor-Trujillo, A. (2012). A Change in Culture: Violence Prevention in an Acute Behavioral Health Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 18(2) 96–103. DOI: 10.1177/1078390312439469
- Goulet, M. H. et Larue, C. (2016). Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Archives of psychiatric nursing*, 30(1), 120-128. Doi : 10.1016/j.apnu.2015.09.001
- Griffith, J. J., Daffern, M. et Godber, T. (2013). Examination of the predictive validity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in two mental health units. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 485-492. <https://doi.org/10.1111/inm.12011>
- Griffith, J. J., Meyer, D., Maguire, T., Ogloff, J. R. P. et Daffern, M. (2021). A Clinical Decision Support System to Prevent Aggression and Reduce Restrictive Practices in a Forensic Mental Health Service. *Psychiatr Serv*, 72(8), 885-890. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000315>
- Groleau, R. et Da Silva Guerreiro, J. (2019). Agression en milieu psychiatrique fermé : identification des déclencheurs qui précèdent les agressions contre les intervenants. *Revue de psychoéducation*, 48(1), 45–68. <https://doi.org/10.7202/1060006ar>
- Guay, S., Goncalves, J. et Boyer, R. (2016). Evaluation of an Education and Training Program to Prevent and Manage Patients' Violence in a Mental Health Setting: A Pretest-Posttest Intervention Study. *Healthcare (Basel)*, 4(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare4030049>

- Gunenc, C., O'Shea, L. E. et Dickens, G. L. (2015). Prevalence and predictors of verbal aggression in a secure mental health service: Use of the HCR-20. *Int J Ment Health Nurs*, 24(4), 314-323. <https://doi.org/10.1111/inm.12130>
- Gunenc, C., O'Shea, L. E. et Dickens, G. L. (2018). Structured risk assessment for reduction of multiple risk outcomes in a secure mental health setting: Use of the START. *Crim Behav Ment Health*, 28(1), 61-71. <https://doi.org/10.1002/cbm.2036>
- Haines, A., Brown, A., Javaid, S. F., Khan, F., Noblett, S., Omodunbi, O., Sadiq, K., Zaman, W. et Whittington, R. (2018). Assessing Protective Factors for Violence Risk in U.K. General Mental Health Services Using the Structured Assessment of Protective Factors. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 62(12), 3965-3983. <https://doi.org/10.1177/0306624x17749449>
- Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H. et Spreen, M. (2015). Influence of Music Therapy on Coping Skills and Anger Management in Forensic Psychiatric Patients: An Exploratory Study. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 59(8), 810-836. <https://doi.org/10.1177/0306624x13516787>
- Hallett, N. et Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *Int J Ment Health Nurs*, 24(4), 324-333. <https://doi.org/10.1111/inm.12136>
- Hallett, N. et Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud*, 75, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>
- Hallett, N., Huber, J., Sixsmith, J. et Dickens, G. L. (2018). Measuring the violence prevention climate: Development and evaluation of the VPC-14. *Int J Nurs Stud*, 88, 97-103. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.002>
- Hallett, N., Huber, J. W. et Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression & Violent Behavior*, 19(5), 502-514. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.009>
- Handa, S., Krantz, L., Delaney, E. et Litz, B. (2011). Models of crisis management. Dans N. Tehrani (dir.), *Managing trauma in the workplace* (p. 204–217). Routledge.
- Harrington, A., Darke, H., Ennis, G. et Sundram, S. (2019). Evaluation of an alternative model for the management of clinical risk in an adult acute psychiatric inpatient unit. *Int J Ment Health Nurs*, 28(5), 1099-1109. <https://doi.org/10.1111/inm.12621>
- Hartvig, P., Roaldset, J. O., Moger, T. A., Ostberg, B. et Bjørkly, S. (2011). The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *Eur Psychiatry*, 26(2), 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.003>
- Healey, L. V., Mullally, K., Mamak, M., Chaimowitz, G. A., Ahmed, A. G. et Seto, M. C. (2020). Short-term clinical risk assessment and management: Comparing the Brockville Risk

Checklist and Hamilton Anatomy of Risk Management. *Behav Sci Law*, 38(5), 506-521. <https://doi.org/10.1002/bsl.2479>

- Heckemann, B., Peter, K. A., Halfens, R. JG., Schols, J. MGA., Kok, G. et Hahn, S. (2017). Nurse managers: Determinants and behaviours in relation to patient and visitor aggression in general hospitals. *A qualitative study. Journal of Advanced Nursing*, 73, 3050-3060. <https://doi.org/10.1111/jan.13366>
- Hockenull, J. C., Whittington, R., Leitner, W., Barr, W., McGuire, J., Cherry, M. G., Flentje, R., Quinn, B., Dundar, Y. et Dickson, R. (2012). A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. *Health Technol Assess*, 16(3), 1-152. doi: 10.3310/hta16030
- Hogan, N. R. et Olver, M. E. (2016). Assessing risk for aggression in forensic psychiatric inpatients: An examination of five measures. *Law Hum Behav*, 40(3), 233-243. <https://doi.org/10.1037/lhb0000179>
- Horowitz, D., Guyer, M. et Sanders, K. (2015). Psychosocial approaches to violence and aggression: contextually anchored and trauma-informed interventions. *CNS Spectr*, 20(3), 190-199. <https://doi.org/10.1017/s1092852915000280>
- Hotham, J. E., Simpson, P. J., Brooman-White, R. S., Basu, A., Ross, C. C., Humphreys, S. A., Larkin, F., Gupta, N. et Das, M. (2014). Augmentation of clozapine with amisulpride: an effective therapeutic strategy for violent treatment-resistant schizophrenia patients in a UK high-security hospital. *CNS Spectr*, 19(5), 403-410. <https://doi.org/10.1017/s1092852913000874>
- Hsieh, H.-F. H., I-C.; Liu, Y.; Chen, W.-L.; Lee, Y.-W. and H.-T Hsu. (2020). The Effects of Biofeedback Training and Smartphone-Delivered Biofeedback Training on Resilience, Occupational Stress, and Depressive Symptoms among Abused Psychiatric Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17(2905). <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph17082905>
- Hsu, M. C. et Ouyang, W. C. (2021). Effects of Integrated Violence Intervention on Alexithymia, Cognitive, and Neurocognitive Features of Violence in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sci*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/brainsci11070837>
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T. et Bue Bjorner, J. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry*, 68(8), 536-542. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.880942>
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R. et Bue Bjorner, J. (2016). Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues Ment Health Nurs*, 37(12), 960-967. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842>
- Hylén, U., Engström, I., Engström, K., Pelto-Piri, V. et Anderzen-Carlsson, A. (2019). Providing Good Care in the Shadow of Violence – An Interview Study with Nursing Staff and Ward

- Managers in Psychiatric Inpatient Care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 148-157. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496207>
- Inoue, M., Kaneko, F. et Okamura, H. (2011). Evaluation of the effectiveness of a group intervention approach for nurses exposed to violent speech or violence caused by patients: a randomized controlled trial. *ISRN Nurs*, 1-8. <https://doi.org/2011/325614>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality Chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Iozzino, L., Ferrari, Cl., Large, M., Nielssen, O. et de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS ONE*, 10(6), 1-18. Doi:10.1371/journal.pone.0128536
- Ireland, J. L., Priday, L. J., Ireland, C. A., Chu, S., Kilcoyne, J. et Mulligan, C. (2016). Predicting hospital aggression in secure psychiatric care. *BJPsych Open*, 2(1), 96-100. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002105>
- Isaak, V., Vashdi, D., Bar-Noy, D., Kostisky, H., Hirschmann, S. et Grinshpoon, A. (2017). Enhancing the Safety Climate and Reducing Violence Against Staff in Closed Hospital Wards. *Workplace Health Saf*, 65(9), 409-416. <https://doi.org/10.1177/2165079916672478>
- Isaak, V., Vashdi, D. et Steiner-Lavi, O. (2018). The long-term effects of a prevention program on the number of critical incidents and sick leave days. *Int J Ment Health Syst*, 12, 71. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0250-y>
- Ivgi, D., Bauer, A., Khawaled, R., Rosca, P., Weiss, J. M. et Ponizovsky, A. M. (2015). Validation of the HCR-20 Scale for Assessing Risk of Violent Behavior in Israeli Psychiatric Inpatients. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 52(2), 121-127.
- Jacob J.D. et Holmes, D. (2011). Working under threat: Fear and nurse-patient interactions in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7, 68-77. doi: 10.1111/j.1939-3938.2011.01101.x
- Jacobowitz, W. (2013). PTSD in Psychiatric Nurses and Other Mental Health Providers: A Review of the Literature. *Issues Ment Health Nurs*, 34(11), 787-795. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.824053>
- Jariyavilas, A., Thavichachart, N., Kongsakon, R., Chantakarn, S., Arunpongpaisal, S., Chantarasak, V., Jaroensook, P., Kittiwattanagul, K. et Nerapusee, O. (2017). Effects of paliperidone extended release on hostility among Thai patients with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 13, 141-146. <https://doi.org/10.2147/ndt.s112063>

- Jones, M. T. et Harvey, P. D. (2020). Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 25(2), 145-153. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001214>
- Kapoor, R., Wasser, T. D., Funaro, M. C. et Norko, M. A. (2020). Hospital treatment of persons found not guilty by reason of insanity. *Behav Sci Law*, 38(5), 426-440. <https://doi.org/10.1002/bsl.2484>
- Karsten, J., Akkerman-Bouwsema, G. J., Hagenauw, L. A., Gerlsma, C. et Lancel, M. (2019). Patient-rated impulsivity and aggression compared with clinician-rated risk in a forensic psychiatric sample: Predicting inpatient incidents. *Crim Behav Ment Health*, 29(5-6), 296-307. <https://doi.org/10.1002/cbm.2131>
- Kashiwagi, H., Kikuchi, A., Koyama, M., Saito, D. et Hirabayashi, N. (2018). Strength-based assessment for future violence risk: a retrospective validation study of the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF) Japanese version in forensic psychiatric inpatients. *Ann Gen Psychiatry*, 17, 5. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0175-5>
- Kaszuba, M. (2012). Estimation du risqué d'apparition des comportements agressifs. *Rev Med Brux*, 33(1), 26-38.
- Khangura, S., Konnyu, K., Cushman, R., Grimshaw, J. et Moher, D. (2012). Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. *Systematic Reviews*, 1(1), 10. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/1/1/10>
- Klein Tuente, S., Bogaerts, S., Bulten, E., Keulen-de Vos, M., Vos, M., Bokern, H., SV, I. J., Geraets, C. N. W. et Veling, W. (2020). Virtual Reality Aggression Prevention Therapy (VRAPT) versus Waiting List Control for Forensic Psychiatric Inpatients: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Clin Med*, 9(7). <https://doi.org/10.3390/jcm9072258>
- Kobes, M. H., Nijman, H. H. et Bulten, E. B. (2012). Assessing aggressive behavior in forensic psychiatric patients: validity and clinical utility of combining two instruments. *Arch Psychiatr Nurs*, 26(6), 487-494. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.004>
- Kontio, R., Anttila, M., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G. et Välimäki, M. (2014). Toward a safer working environment on psychiatric wards: service users' delayed perspectives of aggression and violence-related situations and development ideas. *Perspect Psychiatr Care*, 50(4), 271-279. <https://doi.org/10.1111/ppc.12054>
- Kontio, R., Lantta, T., Anttila, M., Kauppi, K. et Välimäki, M. (2017). Family Involvement in Managing Violence of Mental Health Patients. *Perspect Psychiatr Care*, 53(1), 55-66. <https://doi.org/10.1111/ppc.12137>
- Krakowski, M., Tural, U. et Czobor, P. (2021). The Importance of Conduct Disorder in the Treatment of Violence in Schizophrenia: Efficacy of Clozapine Compared With

Olanzapine and Haloperidol. *Am J Psychiatry*, 178(3), 266-274.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010052>

- Lanctôt, N. et Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 492–501. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E. et Välimäki, M. (2016a). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>
- Lantta, T., Kontio, R., Daffern, M., Adams, C. E. et Välimäki, M. (2016b). Using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with mental health inpatients: a feasibility study. *Patient Prefer Adherence*, 10, 691-701. <https://doi.org/10.2147/ppa.s103840>
- Le, D. V., Montgomery, J., Kirkby, K. C. et Scanlan, J. (2018). Risk prediction using natural language processing of electronic mental health records in an inpatient forensic psychiatry setting. *J Biomed Inform*, 86, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.08.007>
- Lee, S. J., Foley, F., Hannagan, E., Kulkarni, J., Bosanac, P., Castle, D. J. et Hollander, Y. (2012.). Determining the efficacy and tolerance of quetiapine extended release for the management of psychosis and accompanying acute behavioral disturbance in adult acute psychiatry. *Ann Clin Psychiatry*, 24(4), 271-278.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Lippel, K. et Lanctôt, N. (2014). La violence physique au travail et la santé : le droit québécois régissant l'indemnisation et la prévention. *Relations industrielles / Industrial Relations*, 69(4), 785–812. <https://doi.org/10.7202/1028112ar>
- Lockertsen, Ø., Procter, N., Vatnar, S. K. B., Faerden, A., Eriksen, B. M. S., Roaldset, J. O. et Varvin, S. (2018). Screening for risk of violence using service users' self-perceptions: A prospective study from an acute mental health unit. *Int J Ment Health Nurs*, 27(3), 1055-1065. <https://doi.org/10.1111/inm.12413>
- Loi sur la santé et sécurité au travail. Éditeur officiel du Québec. (2022, avril 1^{er} avril). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/S-2.1.pdf>
- MacInnes, D. et Masino, S. (2019). Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: a systematic review. *BMJ Open*, 9(3), e024351. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024351>
- Magnavita, N. (2011). Violence prevention in a small-scale psychiatric unit: program planning and evaluation. *Int J Occup Environ Health*, 17(4), 336-344. <https://doi.org/10.1179/107735211799041779>

- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. et McKenna, B. (2017). Predicting aggressive behaviour in acute forensic mental health units: A re-examination of the dynamic appraisal of situational aggression's predictive validity. *Int J Ment Health Nurs*, 26(5), 472-481. <https://doi.org/10.1111/inm.12377>
- Maguire, T., Daffern, M., Bowe, S. J. et McKenna, B. (2019). Evaluating the impact of an electronic application of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression with an embedded Aggression Prevention Protocol on aggression and restrictive interventions on a forensic mental health unit. *Int J Ment Health Nurs*, 28(5), 1186-1197. <https://doi.org/10.1111/inm.12630>
- Maguire, T., Ryan, J., Fullam, R. et McKenna, B. (2018). Evaluating the Introduction of the Safewards Model to a Medium- to Long-Term Forensic Mental Health Ward. *J Forensic Nurs*, 14(4), 214-222. <https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000215>
- Martinez, A. J. (2016). Managing Workplace Violence With Evidence-Based Interventions: A Literature Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 54(9), 31-36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20160817-05>
- McDermott, B. E. et Holoyda, B. J. (2014). Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS Spectr*, 19(5), 425-431. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000224>
- Menger, V., Spruit, M., van Est, R., Nap, E. et Scheepers, F. (2019). Machine Learning Approach to Inpatient Violence Risk Assessment Using Routinely Collected Clinical Notes in Electronic Health Records. *JAMA Netw Open*, 2(7), e196709. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6709>
- Meyer, L. F., Telles, L. E. B., Mecler, K., Soares, A., Alves, R. S. et Valença, A. M. (2018). Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(4), 310-317. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0039>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/?&date=DESC&type=plan-d-action&critere=type>
- Mistler, L. A., Ben-Zeev, D., Carpenter-Song, E., Brunette, M. F. et Friedman, M. J. (2017). Mobile Mindfulness Intervention on an Acute Psychiatric Unit: Feasibility and Acceptability Study. *JMIR Ment Health*, 4(3), e34. <https://doi.org/10.2196/mental.7717>
- Mistler, L. A. et Friedman, M. J. (2021). Instruments for Measuring Violence on Acute Inpatient Psychiatric Units: Review and Recommendations. *Psychiatr Serv*, appips202000297. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000297>

- Mohr, P., Knytl, P., Voráčková, V., Bravermanová, A. et Melicher, T. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract*, 71(9). <https://doi.org/10.1111/ijcp.12997>
- Morphet, J., Griffiths, D., Beattie, J. et Innes, K. (2019). Managers' experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: A descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 27, 781-791. <https://doi.org/10.1111/jonm.12761>
- Moulden, H. M., Mamak, M. et Chaimowitz, G. (2020). A preliminary evaluation of the effectiveness of dialectical behaviour therapy in a forensic psychiatric setting. *Crim Behav Ment Health*, 30(2-3), 141-150. <https://doi.org/10.1002/cbm.2158>
- Moylan, L. B., McManus, M., Cullinan, M. et Persico, L. (2016). Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. *Issues Ment Health Nurs*, 37(7), 446-450. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1185485>
- Nally, T., Ireland, J. L., Greenwood, L., Ireland, C. A. et Birch, P. (2021). Victim empathy-based content in aggression treatment: exploring impact within a secure forensic hospital. *Journal of Forensic Practice*, 23(2), 150-163. <https://doi.org/10.1108/jfp-01-2021-0001>
- Neufeld, E., Perlman, C. M. et Hirdes, J. P. (2012). Predicting inpatient aggression using the InterRAI risk of harm to others clinical assessment protocol: a tool for risk assessment and care planning. *J Behav Health Serv Res*, 39(4), 472-480. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9271-x>
- Nieva, V. et Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 17-23. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Novak, T., Scanlan, J., McCaul, D., MacDonald, N. et Clarke, T. (2012). Pilot study of a sensory room in an acute inpatient psychiatric unit. *Australas Psychiatry*, 20(5), 401-406. <https://doi.org/10.1177/1039856212459585>
- Nurenberg, J. R., Schleifer, S. J., Shaffer, T. M., Yellin, M., Desai, P. J., Amin, R., Bouchard, A. et Montalvo, C. (2015). Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatr Serv*, 66(1), 80-86. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300524>
- O'Shea, L. E. et Dickens, G. L. (2014). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): systematic review and meta-analysis. *Psychol Assess*, 26(3), 990-1002. <https://doi.org/10.1037/a0036794>
- O'Shea, L. E., Mitchell, A. E., Picchioni, M. M. et Dickens, G. L. (2013). Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: Systematic review and meta-analysis. *Aggression & Violent Behavior*, 18(2), 255-270. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.016>

- O'Shea, L. E., Picchioni, M. M. et Dickens, G. L. (2016b). The Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) for Multiple Adverse Outcomes in a Secure Psychiatric Inpatient Setting. *Assessment*, 23(2), 150-162. <https://doi.org/10.1177/1073191115573301>
- O'Shea, L. E., Picchioni, M. M., Mason, F. L., Sugarman, P. A. et Dickens, G. L. (2014). Differential predictive validity of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) for inpatient aggression. *Psychiatry Res*, 220(1-2), 669-678. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.080>
- O'Shea, L. E., Thaker, D. K., Picchioni, M. M., Mason, F. L., Knight, C. et Dickens, G. L. (2016a). Predictive validity of the HCR-20 for violent and non-violent sexual behaviour in a secure mental health service. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 26(5), 366-379. <https://doi.org/10.1002/cbm.1967>
- O'Sullivan, O. P., Chang, N. H., Njovana, D., Baker, P. et Shah, A. (2020). Quality improvement in forensic mental health: the East London forensic violence reduction collaborative. *BMJ Open Qual*, 9(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000803>
- Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3148.pdf>
- Olsson, H. et Schön, U. K. (2016). Reducing violence in forensic care - how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *J Ment Health*, 25(6), 506-511. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42856/9241546395.pdf?sequence=1>
- Organisation internationale du Travail, Conseil international des infirmières, Organisation mondiale de la Santé et Internationale des Services publics. (2002). *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/--sector/documents/publication/wcms_160909.pdf
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. et Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 425-439. DOI : 10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D. et Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Rech Soins Infirm*, (120), 47-60.

- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K. et Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 20(4), 296-304. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x>
- Quinn, J. et Kolla, N. J. (2017). From Clozapine to Cognitive Remediation. *Can J Psychiatry*, 62(2), 94-101. <https://doi.org/10.1177/0706743716656830>
- Qureshi, F. M., Kunaratnam, N., Kolla, N. J. et Konkoly Thege, B. (2021). Nutritional supplementation in the treatment of violent and aggressive behavior: A systematic review. *Aggress Behav*, 47(3), 296-309. <https://doi.org/10.1002/ab.21953>
- Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M. et Singh, S. P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *Eur Psychiatry*, 34, 17-28. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422>
- Raveel, A. et Schoenmakers, B. (2019). Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open*, 9(9), e028465. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028465>
- Reason J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press.
- Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. *BMJ*, 320(7237), 768-770.
- Rechenmacher, J., Müller, G., Abderhalden, C. et Schulc, E. (2014). The diagnostic efficiency of the extended German Brøset Violence Checklist to assess the risk of violence. *J Nurs Meas*, 22(2), 201-212. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.2.201>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2008, septembre). *Position Statement - Violence Against Nurses: 'Zero Tolerance' For Violence Against Nurses and Nursing Students*. <https://rnao.ca/policy/position-statements/violence-against-nurses#:~:text=RNAO%20takes%20a%20'Zero%20Tolerance,%2C%20organizational%2C%20and%20individual%20level>.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2019, juillet). *Preventing Violence, Harassment and Bullying Against Health Workers* (2nd ed.). <https://rnao.ca/bpg/guidelines/preventing-violence-harassment-and-bullying-against-health-workers>
- Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. et Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*, 51(1), 19-28. <https://doi.org/10.3233/WOR-141894>
- Roaldset, J. O., Hartvig, P., Morten Linaker, O. et Bjørkly, S. (2012). A multifaceted model for risk assessment of violent behaviour in acutely admitted psychiatric patients. *Psychiatry Res*, 200(2-3), 773-778. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.038>

- Rodrigues, N. C., Ham, E., Kirsh, B., Seto, M. C. et Hilton, N. Z. (2021). Mental health workers' experiences of support and help-seeking following workplace violence: A qualitative study. *Nurs Health Sci*, 23(2), 381-388. <https://doi.org/10.1111/nhs.12816>
- Rosenfeld, B., Foellmi, M., Khadivi, A., Wijetunga, C., Howe, J., Nijdam-Jones, A., Grover, S. et Rotter, M. (2017). Determining when to conduct a violence risk assessment: Development and initial validation of the Fordham Risk Screening Tool (FRST). *Law Hum Behav*, 41(4), 325-332. <https://doi.org/10.1037/lhb0000247>
- Ross, J., Quayle, E., Newman, E. et Tansey, L. (2013). The impact of psychological therapies on violent behaviour in clinical and forensic settings: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior*, 18(6), 761-773. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.09.001>
- Sada, A., Robles-García, R., Martínez-López, N., Hernández-Ramírez, R., Tovilla-Zarate, C. A., López-Munguía, F., Suárez-Alvarez, E., Ayala, X. et Fresán, A. (2016). Assessing the reliability, predictive and construct validity of historical, clinical and risk management-20 (HCR-20) in Mexican psychiatric inpatients. *Nord J Psychiatry*, 70(6), 456-461. <https://doi.org/10.3109/08039488.2016.1159330>
- Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. et Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 25(6), 476-486. <https://doi.org/10.1177/1078390318820668>
- Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U. E., Bux, D. A. et Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J Psychiatr Res*, 95, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017>
- Shields, M et Wilkins, K. (2009, avril). *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*. (publication no 82-003-X). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/82-003-x2009002-fra.pdf>
- Souli, I., Vandyk, A., Versailles, D., Marcoux, I., Salvador, A., Peterson, W.F., Hu, J. et Stacey, D. (2018). Les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation de l'évaluation du risque de violence auprès des personnes ayant des troubles mentaux : perceptions du personnel soignant. *Recherche en Soins Infirmiers*, 133, 45-57.
- Spaducci, G., McNeill, A., Hubbard, K., Stewart, D., Yates, M. et Robson, D. (2020). Smoking-related violence in a mental health setting following the implementation of a comprehensive smoke-free policy: A content analysis of incident reports. *Int J Ment Health Nurs*, 29(2), 202-211. <https://doi.org/10.1111/inm.12659>
- Spector, P.E., Zhou, Z.E. et Xuan Che, X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>

- Starzomski, A. et Wilson, K. (2015). Development of a measure to predict short-term violence in psychiatric populations: The Imminent Risk Rating Scale. *Psychol Serv*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.1037/a0037281>
- Statistique Canada. (2006, décembre). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 – Résultats* (publication no 11-621-M). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-621-m/11-621-m2006052-fra.htm>
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L. et LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BioMed Central Nursing*, 14(35), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>
- Stewart, C. et Reeves, L. (2021). What Are You Afraid Of? Managing Staff Fear and Anxiety With Agitated Patients. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 27(2), 156-161. <https://doi.org/10.1177/1078390320902815>
- Stewart, S., Oldfield, A. et Braham, L. (2012). The violent offender treatment programme: service user consultation and evaluation. *British Journal of Forensic Practice*, 14(2), 138-149. <https://doi.org/10.1108/14636641211223693>
- Strand, S. J. M. et Selenius, H. (2019). Assessing risk for inpatient physical violence in a female forensic psychiatric sample - comparing HCR-20v2 with the female additional manual to the HCR-20v2. *Nord J Psychiatry*, 73(4-5), 248-256. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1613447>
- Strassnig, M. T., Nascimento, V., Deckler, E. et Harvey, P. D. (2020). Pharmacological treatment of violence in schizophrenia. *CNS Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine*, 25(2), 207-215. <https://doi.org/10.1017/s1092852919001226>
- Sturgeon, M., Tyler, N. et Gannon, T. A. (2018). A systematic review of group work interventions in UK high secure hospitals. *Aggression & Violent Behavior*, 38, 53-75. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.11.004>
- Sutton, D., Wilson, M., Van Kessel, K. et Vanderpyl, J. (2013). Optimizing arousal to manage aggression: a pilot study of sensory modulation. *Int J Ment Health Nurs*, 22(6), 500-511. <https://doi.org/10.1111/inm.12010>
- Sygel, K. et Wallinius, M. (2021). Immersive Virtual Reality Simulation in Forensic Psychiatry and Adjacent Clinical Fields: A Review of Current Assessment and Treatment Methods for Practitioners. *Front Psychiatry*, 12, 673089. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.673089>
- Szabo, K. A., White, C. L., Cummings, S. E., Wang, R. S. et Quanbeck, C. D. (2015). Inpatient aggression in community hospitals. *CNS Spectr*, 20(3), 223-230. <https://doi.org/10.1017/s1092852914000820>
- Telles, L. E., Folino, J. O. et Taborda, J. G. (2012). Accuracy of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) in predicting violence and other offenses in forensic

- psychiatric patients in Brazil. *Int J Law Psychiatry*, 35(5-6), 427-431. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2012.09.001>
- Tricco, A.C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., Perrier, L., Hutton, B., Moher, D. et Straus, S.E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC Medecine*, 13(224), 1-15. DOI 10.1186/s12916-015-0465-6
- Tricco, A.C., Langlois, E.V. et Straus, S.E. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. World Health Organization.
- Tucker, J., Whitehead, L., Palamara, P., Rosman, J. X. et Seaman, K. (2020). Recognition and management of agitation in acute mental health services: a qualitative evaluation of staff perceptions. *BMC Nurs*, 19(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00495-x>
- Tully, J., Larkin, F. et Fahy, T. (2015). New technologies in the management of risk and violence in forensic settings. *CNS Spectr*, 20(3), 287-294. <https://doi.org/10.1017/s1092852915000279>
- Ünsal Atan, S., Baysan, Arabaci, L., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Unsal Guler, M., Oflaz, U., Yalcinkayar Ozdemir, G. et Yazar Tasbasi, F. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 882–889. Doi: 10.1111/jpm.12027
- Urheim, R., Palmstierna, T., Rypdal, K., Gjestad, R., Senneseth, M. et Mykletun, A. (2020). Violence rate dropped during a shift to individualized patient-oriented care in a high security forensic psychiatric ward. *BMC Psychiatry*, 20(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02524-0>
- van Wijk, E., Traut, A. et Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37(1), 1122. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1122>
- Vincent, C., Taylor-Adams, S. et Stanhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*, 316(7138), 1154–1157. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7138.1154>
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., Chapman, E.J., Hewett, D., Prior, S., Strange, P. et Tizard, A. (2002). Comment enquêter sur des incidents cliniques et les analyser : protocole de l'unité des risques cliniques et de l'association de la gestion du contentieux et des risques. *Ann Fr Anesth Réanim*, 21, 509-516.
- Wilson, C., Gandolfi, S., Dudley, A., Thomas, B., Tapp, J. et Moore, E. (2013a). Evaluation of anger management groups in a high-security hospital. *Crim Behav Ment Health*, 23(5), 356-371. <https://doi.org/10.1002/cbm.1873>

- Wilson, C. M., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Hart, S. D. et Brink, J. (2013b). Predictive validity of dynamic factors: assessing violence risk in forensic psychiatric inpatients. *Law Hum Behav*, 37(6), 377-388. <https://doi.org/10.1037/lhb0000025>
- Wilson, H., Barton, L. et Maguire, T. (2011). Implementation of anger management interventions in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7(1), 35-39. <https://doi.org/10.1017/s1742646410000208>
- Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, L., An, F. R. et Cheng, G. (2014). Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(9), 848-855. <https://doi.org/10.1111/jpm.12132>
- Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, L. et Cheng, G. (2012). The application of a violence risk assessment tool among Chinese psychiatric service users: a preliminary study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(5), 438-445. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01821.x>
- Yragui, N. L., Demsky, C. A., Hammer, L. B., Van Dyck, S. et Neradilek, M. B. (2017). Linking Workplace Aggression to Employee Well-Being and Work: The Moderating Role of Family-Supportive Supervisor Behaviors (FSSB). *J Bus Psychol*, 32(2), 179-196. <https://doi.org/10.1007/s10869-016-9443-z>
- Zhong, S., Yu, R., Cornish, R., Wang, X., Fazel, S. et Fo, V. g. (2021). Assessment of violence risk in 440 psychiatric patients in China: examining the feasibility and acceptability of a novel and scalable approach (FoVOx). *BMC Psychiatry*, 21(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03115-3>
- Zuzelo, P. R., Curran, S. S. et Zeserman, M. A. (2012). Registered nurses' and behavior health associates' responses to violent inpatient interactions on behavioral health units. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 18(2), 112-126. <https://doi.org/10.1177/1078390312438553>

Annexes

Annexe A : Stratégie de recherche et résultats

PUBMED (recherche faite le 28 octobre 2021)

((("Violence"[Mesh:NoExp] OR "Workplace Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh] OR Violence[TIAB] OR violences[TIAB] OR violent[TIAB] OR aggression[TIAB] OR aggressions[TIAB] OR aggressive[TIAB]) AND ("Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh] OR ((("Mentally Ill Persons"[Mesh] OR "Mental Disorders"[Mesh:NoExp]) AND "Inpatients"[Mesh]) OR "Psychiatric unit"[TIAB] OR "psychiatric units"[TIAB] OR "Mental health unit"[TIAB] OR "mental health units"[TIAB] OR "Psychiatric ward"[TIAB] OR "psychiatric wards"[TIAB] OR "Mental health ward"[TIAB] OR "mental health wards"[TIAB] OR "Psychiatric setting"[TIAB] OR "psychiatric settings"[TIAB] OR "Mental health setting"[TIAB] OR "mental health settings"[TIAB] OR "Psychiatric facility"[TIAB] OR "psychiatric facilities"[TIAB] OR "Mental health facility"[TIAB] OR "mental health facilities"[TIAB] OR "Psychiatric department"[TIAB] OR "psychiatric departments"[TIAB] OR "Mental health department"[TIAB] OR "mental health departments"[TIAB] OR "Psychiatric hospital"[TIAB] OR "psychiatric hospitals"[TIAB] OR "Mental health hospital"[TIAB] OR "mental health hospitals"[TIAB] OR "Mental hospital"[TIAB] OR "mental hospitals"[TIAB] OR ((Inpatient[TIAB] OR inpatients[TIAB] OR In-patient[TIAB] OR in-patients[TIAB] OR Hospitalized[TIAB] OR Hospitalised[TIAB] OR Hospitalisation[TIAB] OR hospitalisations[TIAB] OR Hospitalization[TIAB] OR hospitalizations[TIAB]) AND (Psychiatric[TIAB] OR "Mental health"[TIAB] OR "Mental disorder"[TIAB] OR "mental disorders"[TIAB] OR "mentally disordered"[TIAB] OR "Mentally ill"[TIAB] OR "Mental illness"[TIAB] OR "mental illnesses"[TIAB]))) AND ("prevention and control" [Subheading] OR Prevention[TIAB] OR Prevent[TIAB] OR Preventing[TIAB] OR preventive[TIAB] OR Intervention[TIAB] OR interventions[TIAB] OR Management[TIAB] OR Managing[TIAB] OR Manage[TIAB])

2011-2021

Filters : English, French

Nombre de résultats : 1144

CINAHL (recherche faite le 28 octobre 2021)

S11 S3 AND S9 AND S10 Limiters - Published Date: 20110101-20211231; Publication Type: Case Study, Clinical Trial, Journal Article, Meta Analysis, Meta Synthesis, Practice Guidelines, Randomized Controlled Trial, Systematic Review; Language: English, French

S10 TI(Prevent* OR Intervention* OR Manag*) OR AB(Prevent* OR Intervention* OR Manag*)

S9 S4 OR S7 OR S8

S8 TI((psychiatric OR "Mental health" OR mental) N2 (unit* OR ward* OR setting* OR facility OR facilities OR department* OR hospital*)) OR ((Inpatient* OR In-patient* OR

Hospitalized OR Hospitalised OR Hospitalisation* OR Hospitalization*) AND (Psychiatric OR "Mental health" OR "Mental* disorder*" OR "Mental* ill*") OR AB((psychiatric OR "Mental health" OR mental) N2 (unit* OR ward* OR setting* OR facility OR facilities OR department* OR hospital*)) OR ((Inpatient* OR In-patient* OR Hospitalized OR Hospitalised OR Hospitalisation* OR Hospitalization*) AND (Psychiatric OR "Mental health" OR "Mental* disorder*" OR "Mental* ill*"))

S7 S5 AND S6

S6 (MH "Psychiatric Patients+") OR (MH "Mental Disorders")

S5 (MH "Inpatients")

S4 (MH "Hospitals, Psychiatric") OR (MH "Psychiatric Units")

S3 S1 OR S2

S2 TI(Violen* OR aggressi*) OR AB(Violen* OR aggressi*)

S1 (MH "Violence") OR (MH "Workplace Violence") OR (MH "Aggression") OR (MH "Patient Assault")

Nombre de résultats : 726

Nombre total de résultats : 1870

Nombre de doublons : 297

GRAND TOTAL : 1573

Annexe B : Exemple de tableau d'extraction des données

Le tableau 2 présente un tableau d'extraction des données.

Référence article	Yragui, N. L., Demsky, C. A., Hammer, L. B., Van Dyck, S. et Neradilek, M. B. (2017). Linking Workplace Aggression to Employee Well-Being and Work: The Moderating Role of Family-Supportive Supervisor Behaviors (FSSB). <i>J Bus Psychol</i> , 32(2), 179-196. https://doi.org/10.1007/s10869-016-9443-z
Type de publication	Devis quantitatif
But	The present study examined the moderating effects of family-supportive supervisor behaviors (FSSB) on the relationship between two types of workplace aggression (i.e., patient-initiated physical aggression and coworker-initiated psychological aggression) and employee well-being and work outcomes
Pays	États-Unis
Milieu de l'étude Ou nombre articles retenus (revue)	Two public psychiatric healthcare hospitals
Population cible	417 travailleurs de la santé (personnel infirmier, psychologues, travailleurs sociaux, etc.)
Interventions implantées ou Suggestions	Family-specific supervisor support, or FSSB, is expected to serve as an important resource for employees that creates a positive context where employees are valued and respected and thus will moderate the negative effects of physical and psychological aggressions on employee work and well-being outcomes. FSSB has been defined as “those behaviors exhibited by supervisors that are supportive of families and consist of managerial-initiated actions to restructure work to facilitate employee effectiveness on and off the job”. The construct of FSSB is composed of emotional support, instrumental support, role modeling, and creative work–nonwork management across the two interrelated domains of work and nonwork. FSSB is a form of social support that is specifically support provided by the supervisor (an aspect of organizational support) that is suggested to moderate the relationship between workplace aggression and strain outcomes.
Résultats	The relationship between patient physical aggression and well-being outcomes was less pronounced for employees who reported high FSSB compared with employees who reported low FSSB. high levels of FSSB served as a protective factor, or buffer of the effects of patient physical aggression, with care providers reporting fewer physical

	<p>symptoms, as well as less exhaustion and cynicism under conditions of high FSSB.</p> <p>The relationships between patient physical aggression and work outcomes were not significantly moderated by FSSB.</p> <p>FSSB served as a resource that provided protection against resource threat and loss due to patient physical aggression on health and well-being outcomes.</p> <p>We also found that FSSB interacted with patient physical aggression to predict health, well-being, and work outcomes.</p> <p>An important contribution of the study findings suggests that FSSB might improve care providers' health, well-being, and work outcomes; FSSB mitigated the adverse effects of patient physical aggression on health and well-being outcomes, but not work outcomes.</p> <p>Our study suggests several ways that family-supportive supervision may foster a work environment in which care providers are less susceptible to work stressors such as patient aggression. In the first place, regarding patient physical aggression, FSSB may serve a preventive function in creating a positive work context for employees' need to effectively manage in work and non-work domains. Secondly, FSSB may be critical in the event of care providers sustaining injuries from patient-initiated physical aggression. For example, supervisors engaging in FSSB may be more equipped to accommodate a care provider's need to schedule days away from work for recovery and doctor's appointments, as well as the care provider's need to discuss the effects of an injury at work and at home. In addition, FSSB may facilitate a difficult transition from home back to work, as a care provider may once again be working with the same patient who initiated the aggression.</p>
<p>Thème</p>	<p>Facteurs liés à l'environnement de travail – Engagement et soutien de l'administration</p>
<p>Gestionnaire impliqué</p>	<p>Oui</p> <p>Thus, organizational researchers consider the supervisor as the linking pin between the worker and the organization, and FSSB as a moderator serves as a proximal indicator of a social support process that accounts for the whole person who must manage effectively in two domains: work and nonwork.</p> <p>Kelloway and Barling (2010), propose that leadership training is an effective occupational health psychology intervention. Training supervisors on FSSB (see Hammer et al. 2011) can increase their support for employee's work–</p>

	<p>nonwork management, providing a resource which, in turn, could facilitate employees' efforts toward aggression prevention and could be trained in conjunction with other aggression prevention trainings. FSSB has potential as an organizational and relational approach to foster a positive workplace context. Training for healthcare supervisors might include teaching the importance of redefining their supervisory role to embrace a stronger identification with promoting aggression prevention and supporting employee work–nonwork management. Specific behaviors to enact this expanded role identity can be taught to supervisors in the context of aggressive incidents at work where family-supportive supervision is offered as a proactively presented resource that could mutually benefit the organization and the employee. Supervisor training might also address the concept of employee work–nonwork integration in the context of stressful work and teach supervisors specific behaviors for differential response to employees based on their preference and needs for work–nonwork support that may change over time.</p>
Commentaires	N/A

Tableau 3. – Exemple de tableau d'extraction des données

Annexe C: Extrait de tableau de classement des résultats

La figure 3 présente un extrait du tableau Excel utilisé pour classer les interventions en fonction des types de facteur et des facteurs contributifs. Les références en bleu sont les revues de synthèse et les références en noir sont les articles empiriques.

Types de facteurs	Facteurs contributifs		Interventions	Fréquence/Références
Contexte institutionnel	Contexte réglementaire	Règles de sécurité sur les unités de soins	Recherche d'armes	Hallett et al., 2014; Lantta et al., 2016a
			Visites dans l'établissement	Hallett et al., 2014
			Politique de réponse à la violence	Hallett et al., 2014
			Règles générales de sécurité	Bhat et al., 2020; Lantta et al., 2016a
			Politique d'unités à portes ouvertes	Schneeberger et al., 2017
		Politique pour un environnement sans-fumée		Spaducci et al., 2020
		Règlements d'unité	Règlement sur les unités de soins	Bhat et al., 2020; Hallett et al., 2014; Olsson et Schön, 2016; van Wijk et al., 2014; Zuzelo et al., 2012
Facteurs organisationnels et de gestion	Culture organisationnelle		Culture de soins centrée sur la personne et axée sur le rétablissement	Horowitz et al., 2015
			Culture de soins orientée vers le patient	Urheim et al., 2020
			Milieu thérapeutique	Bhat et al., 2020
			Modèle Safewards	Bowers et al., 2015; Dickens et al., 2020a; Fletcher et al., 2019a; Fletcher et al., 2019b; Maguire et al., 2018a

Descriptions	Résultats	Gestionnaire
"Searching patients for weapons was endorsed by most staff and patients, while searching visitors was supported by most staff and nearly half of patients" (Hallett et al., 2014); "check Regarding visitor policies, both patients and staff agreed that all visitors should be registered	"was identified by respondents as being both a help and a hindrance in the prevention of inpatient aggression" (Hallett et al., 2014)	
"the need for a 'more structured and formalized response to violence', suggesting that they 'locked the place should be locked, functioning electronic equipment, supervised place" (Lantta et al., 2016a); "removing sharp objects from the patient environment" (Bhat et al., 2020);	"was identified by respondents as being both a help and a hindrance in the prevention of inpatient aggression"	
"The policy prohibited smoking in buildings, ward gardens, grounds, and staff facilitated	"The effect of the type of hospital (open vs. locked door policy) was non-significant in all analyses of any aggressive behavior (primary endpoint) during treatment"	"The incident reports were completed by a staff member who observed the incident and was then scrutinized
"that rules were important factor behind violence prevention. Staff and patients agreed with the statement 'The rules for patients on the ward are good'" (Hallett et al., 2014); "patients should be able to leave the ward, ward rules and their purpose should be explained properly, patients should be involved in the formulation of new ward rules, and unit rules should be more	"was identified by respondents as being both a help and a hindrance in the prevention of inpatient aggression" (Hallett et al., 2014); "The rules that provided a sense of security and safety and were perceived as a resource could also be regarded as an obstacle. They could limit the staff's ability to make individual trade-offs and adjustments for individual patients' needs" (Olsson et Schön, 2016); "Staff believed that unit rules and	"Participants recognized that administrators need to know about occasions of violence and would often "tele phone the nurse manager at home" or "call the supervisor." Some used e-mail correspondence to tell the "boss about situations." (Zuzelo et al., 2012)
"Primary prevention at the culture of care level: 1. Leadership commitment to TPR culture of	"A TPR culture of care may ameliorate the larger socioeconomic and cultural effects of institutional and	
"1. procedure of shared staff and patient reviews of violent incidents; 2. mandatory patient	"The mean yearly rate of incidents per patient in the first phase (1990-1994) was 30.11 (95% CI:	
"Milieu therapy interventions are simple, safe, cost-effective and can be used in any inpatient	"was a significant milieu therapy interventions effect in aggressive behavior." "This suggests that milieu	
"The model enabled the creation of a list of interventions that could enhance the staff modifiers and thereby reduce conflict and containment rates." "In Safewards' interventions: (1) mutually agreed and published standards of behaviour by and for patients and staff; (2) short advisory statements (called 'soft words') on handling flashpoints, hung in the nursing office and changed every few days; (3) a de-escalation	"The risk of conflict had reduced 23% by the study follow-up period. For physically aggressive incidents, the risk of outcome phase relative to implementation phase had fallen by 35.0%. Serious physical aggression was also significantly higher on wards with more beds and on weekends compared with weekdays." (Dickens et al., 2020a); "when conflict events occurred the Safewards intervention reduced the rate of conflict events by 15.0%" (Bowers et al., 2015); "Ward environment had changed for the better since the introduction of Safewards, which enhances the feeling of safety on the ward. There was also the same from	"very high rates of 80.0% plus achieved on some wards suggested that this sort of routine data is achievable where unit managers are onboard and committed to assisting the project. One of our key recommendations for the current service was to maintain the PCC-SR (Patient-staff Conflict Checklist Shift Report) as a routine outcome measure for nursing across the services." (Dickens et al., 2020a), gestionnaires ont participé à l'implantation de l'intervention
model used by the best de-escalator on the staff (as elected by the ward concerned) to expand the		

Figure 3. – Extrait du tableau Excel de classement des résultats

Annexe D: Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des preuves

Le tableau 3 présente l'outil de Buffet et al. (2011) [traduction libre] que Dobbins et al. (2017) proposent dans l'étape 5 de la revue rapide des écrits afin d'évaluer la transférabilité et l'applicabilité des résultats.

Concept	Éléments à considérer	Questions à poser
Applicabilité L'intervention peut-elle fonctionner pour nous?	Acceptabilité ou influence politique	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention sera-t-elle autorisée ou soutenue dans le climat politique actuel? • Y a-t-il un avantage potentiel en termes de relations publiques pour le gouvernement local à mettre en œuvre l'intervention? • Le public et les groupes cibles accepteront-ils et soutiendront-ils l'intervention dans sa forme actuelle? <p>Cette intervention est-elle autorisée/attendue ou requise par la législation/les règlements locaux ou provinciaux?</p>
	Acceptabilité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • La population cible sera-t-elle intéressée par l'intervention? • L'intervention est-elle éthique?
	Ressources essentielles disponibles (humaines et financières)	<ul style="list-style-type: none"> • Qui/qu'est-ce qui est essentiel pour la mise en œuvre locale? • Qui fera le travail? Ces personnes sont-elles disponibles (ou sont-elles trop occupées par d'autres projets)? Savent-elles comment faire? Si non, la formation est-elle disponible (et abordable)? • Combien coûtera l'intervention? Pouvons-nous nous permettre d'exécuter le programme (ou notre budget est-il déjà affecté à d'autres projets)? • Comment devons-nous adapter l'intervention à notre situation locale? • Quels sont les coûts complets (y compris les fournitures, les systèmes, les besoins en espace pour le personnel, la formation, les supports technologiques/administratifs, etc.)? Combien coûtera cette intervention par unité de résultat attendu? (c'est-à-dire le coût total divisé par le nombre de personnes que nous prévoyons aider) • Y a-t-il d'autres avantages supplémentaires pour la santé à considérer qui pourraient compenser les coûts de l'intervention?

	Expertise et capacité organisationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention s'intègre-t-elle dans les plans stratégiques et opérationnels actuels de l'organisation? • L'intervention correspond-elle à la mission de l'organisation et aux priorités locales? • L'intervention chevauche-t-elle ou complétera-t-elle les programmes existants? • Ce programme améliorera-t-il la réputation de l'organisation? • Quels obstacles/problèmes structurels ou processus d'approbation au sein de l'organisation doivent être abordés? • L'organisation est-elle motivée et ouverte aux nouvelles idées ? Est-ce une organisation apprenante?
Transférabilité Peut-on s'attendre des résultats similaires?	Ampleur du problème de santé en milieu local	<ul style="list-style-type: none"> • Le besoin existe-t-il? • Combien de personnes dans la population locale ce problème affecte-t-il maintenant? (c'est-à-dire quelle est notre prévalence de base?) Comment cela se compare-t-il à la prévalence du problème (état de risque) décrit dans l'intervention que nous envisageons?
	Ampleur de la « portée » et rentabilité de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • L'intervention atteindra-t-elle effectivement une grande partie de la population cible?
	Caractéristiques de la population cible	<ul style="list-style-type: none"> • La population locale est-elle comparable à la population étudiée? • Des différences de caractéristiques (par exemple, l'origine ethnique, les variables sociodémographiques, le nombre de personnes affectées) influenceront-elles l'efficacité de l'intervention au niveau local?

Tableau 4. – Évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité

Annexe E: Programmes de formation (type de facteur 5 – facteurs individuels)

Le tableau 4 détaille les programmes de formation pour le personnel qui sont présentés dans le type de facteur 5 sur les facteurs individuels.

Nom du programme	Auteurs	Description/Résultats
Inconnu	Magnavita, 2011; Raveel et Schoenmakers, 2019	Il s'agit d'une courte session de formation de quatre heures portant sur l'agression et la compétence de minimisation de la violence, la résolution de conflit et les stratégies de communication, l'identification des patients sujets à la violence, les stratégies de prévention et la gestion des événements violents. Des sessions de remise à niveau étaient offertes périodiquement dans la formation accréditée du personnel.
<i>Crisis Prevention and Intervention training</i>	Stewart et Reeves, 2021	Ce programme de formation de huit heures se déroule en deux parties et se donne à l'ensemble du personnel. Une formation de quatre heures se donne tout d'abord en ligne et est axée sur le contenu de base de la prévention de crise. Par la suite, un autre quatre heures se déroule en classe durant lequel le personnel peut s'entraider à pratiquer les techniques de pacification et de désengagement vues juste avant. Des rappels de contenu de 10 à 15min étaient régulièrement offerts à tous les membres de l'équipe disponibles et permettaient, entre autres, d'évaluer la gestion de crise et de revoir les interventions de pacification ainsi que de pratiquer à nouveau les manœuvres de sécurité. Le personnel dit avoir amélioré leur technique de pacification en plus à des idées de stratégies verbales de pacification ainsi que de créer une approche plus centrée sur l'équipe.
<i>Return Home Safely</i> ou <i>Getting Home Safely</i>	Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018	Ce programme de formation de trois jours vise à améliorer le climat de sécurité de l'unité et assurer la sécurité physique du personnel. La première journée permet aux participants de pratiquer des techniques d'autodéfense. La deuxième journée vise à améliorer les habiletés de communication tant auprès du patient en crise qu'auprès des autres membres d'équipe. La dernière journée vise à enseigner au personnel à faire un débriefage post-événement en misant sur le travail d'équipe et les procédures organisationnelles. Des séances de rappel sont offertes chaque année en fonction des besoins du personnel sur l'un des trois thèmes (sécurité, communication, débriefage).

<i>Bergen Model</i>	Björkdahl et al., 2013	Ce programme se donne sur quatre jours et pour tout le personnel. Administrée par des intervenants formés spécifiquement, cette formation permet aux participants de faire d'une part de la théorie sur l'agressivité, les facteurs de risque, l'évaluation des risques, l'éthique des soins, la législation et les règles d'unité et d'autre part sur les techniques de pacification, les méthodes d'autodéfense, l'utilisation des mesures de contrôle, les questions de sécurité ainsi que le débriefage post-événement et l'examen critique des incidents violents. Les participants sont encouragés à réfléchir notamment sur leur approche envers les patients ainsi que sur la culture organisationnelle. Des séances de rappel sont offertes tous les six mois.
Oméga	Guay et al., 2016	Ce programme est donné sur quatre jours et vise à former tout le personnel en contact avec les patients sur les habiletés et les techniques nécessaires pour la pacification ainsi que des manœuvres physiques de protection en cas d'agression. Offerte par des intervenants formateurs, cette formation donne également une procédure pour réaliser un débriefage post-événement en évaluant la pertinence et l'efficacité des interventions utilisées.
<i>Professional Assault Response Training</i>	Tucker et al., 2020	Ce programme se concentre sur le développement de l'empathie, des techniques de pacification et sur l'utilisation des mesures de contention physique et doit être refait aux trois ans.

Tableau 5. – Programmes détaillés de formation pour le personnel

Annexe F: Tableau des outils d'évaluation (type de facteur 6 – facteurs liés aux tâches à effectuer)

Le tableau 5 présente l'ensemble des outils d'évaluation extraits des écrits analysés dans les résultats et se rapportant au type de facteur 6 soit les facteurs liés aux tâches à effectuer.

Outils	Auteurs originaux (autres références)	Autres versions originales (autres références)	Description	Résultats/Spécificité
Outil de mesure du climat de prévention de la violence				
<i>Violence Prevention Climat scale</i> (VPC-14)	Hallett et al., 2018 (Dickens et al., 2020b)		Le VPC-14 comprend 14 éléments qui permettent de mesurer le climat de prévention de la violence sur les unités psychiatriques notamment par l'évaluation l'efficacité des programmes de réduction de la violence (Hallett et al., 2018).	Cet outil est valide, fiable, rapide et facile à remplir. Il peut être remis au personnel ainsi qu'aux patients afin de comparer les points de vue. Les questionnaires peuvent l'utiliser pour identifier ce qui doit être amélioré au sein des unités pour prévenir la violence ainsi et évaluer quelles sont les interventions qui fonctionnent lorsque les programmes ont été implantés (Hallett et al., 2018).
Outil d'évaluation des attitudes du personnel en lien avec la violence				
<i>Management of Aggression and Violence Attitude Scale</i> (MAVAS)	Duxbury et al., 2008*	Validé en Chine Cheung et al., 2018	L'outil MAVAS permet d'évaluer les attitudes du personnel notamment des infirmières et infirmiers (voire des patients) envers les causes de l'agressivité et envers les méthodes de gestion de la violence grâce à 27 énoncés dont 13 sur la motivation de l'agressivité et 14 sur la gestion de la violence.	Outil valide pour mesurer les attitudes du personnel infirmier à l'égard de l'agressivité des patients. Ce faisant, cela permettra d'identifier les attitudes et croyances négatives ou positives des infirmières et infirmiers dans le but de mettre en place des interventions pertinentes dans la prévention de la violence.

Outils de mesure de la prévalence des agressions				
<i>Overt Aggression Scale (OAS)</i>	Yudofsky et al., 1986* (Mistler et Friedman, 2021)	Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) de Nijman et al., 1997* (Kobes et al., 2012; Mistler et Friedman, 2021) SOAS de Palmstierna et Wistedt, 1987*; Retrospective Overt Aggression Scale (ROAS, aussi connu sous OAS-M) de Sorgi et al., 1991*; Aggression Observation Short Form (AOS) de Hvidhjelm et al., 2014*; Modified Overt	L'OAS permet de mesurer la gravité des agressions qu'elles soient verbales, contre les objets, contre soi ou contre les autres. Il en est de même pour les versions ROAS et MOAS (Mistler et Friedman, 2021). Les outils SOAS et SOAS-R évaluent la fréquence, la nature et la gravité des agressions (Mistler et Friedman, 2021). Pour le SOAS-R, les cinq aspects suivants des explosions agressives sont enregistrés : la provocation apparente qui a conduit à l'événement agressif, les moyens utilisés par le patient lors de l'événement agressif, la cible de l'agression, les conséquences pour la ou les victimes de l'agression, et les mesures prises pour faire cesser l'agression (Kobes et al., 2012). Les outils OAS, SOAS et SOAS-R doivent être complétés à chaque incident violent afin de mesurer de manière précise la prévalence de la violence (Mistler et Friedman, 2021). La version AOS est la plus simple, car l'utilisateur indique seulement la présence ou l'absence de trois	L'OAS et ses adaptations ont été utiles pour évaluer l'effet de la mise en œuvre d'outils d'évaluation de risque de violence, pour évaluer les résultats d'une intervention destinée à réduire la violence, pour mesurer l'incidence ou la prévalence de la violence et pour mesurer d'autres causes ou corrélats cliniques de variables de la violence (Mistler et Friedman, 2021). L'outil SOAS-R peut être utile pour mettre en place des interventions préventives pour diminuer le risque d'escalade des incidents agressifs (Kobes et al., 2012). Les outils SOAS et SOAS-R sont contraignants à compléter par le personnel, car ils sont longs et demandent d'avoir du temps après chaque incident (Mistler et Friedman, 2021). Étant donné que le MOAS et le ROAS ne demandent qu'une évaluation des événements de la semaine précédente, ils prennent moins de temps à remplir. Toutefois, les résultats peuvent être imprécis si le personnel a des oublis (Mistler et Friedman, 2021).

		Aggression Scale (MOAS) de Kay et al., 1988* (Mistler et Friedman, 2021)	domaines pour chaque patient (Mistler et Friedman, 2021).	
<i>Patient-Staff Conflict Checklist (PCC)</i>	Bowers et al., 2003* (Mistler et Friedman, 2021)		Originellement conçu pour comprendre quel type de violence entraîne quelle mesure de contrôle, cet outil est en fait souvent utilisé pour déterminer les causes de la violence ou les liens entre divers facteurs de risque ainsi que pour mesurer la prévalence ou l'incidence des agressions. 21 éléments de comportements menant au conflit sont analysés (ex. agression physique, refus de prendre la médication) ainsi que huit mesures de contrôle (ex. médication ou contentions).	Cet outil peut être utile pour évaluer l'effet de la mise en œuvre d'outils d'évaluation de risque de violence, pour évaluer les résultats d'une intervention destinée à réduire la violence, pour mesurer l'incidence ou la prévalence de la violence et pour mesurer d'autres causes ou corrélats cliniques de variables de la violence. Cet outil ne mesure pas la violence verbale et peut être long à remplir.
<i>Agressive Incidents Scale</i>	Chaimowitz et Mamak, 2011* (Cook et al., 2018; Healey et al., 2020)		Cet outil, intégré au HARM-FV, peut également être utilisé seul comme mesure des comportements agressifs. Il permet d'enregistrer les incidents violents sur une échelle de gradation de 9 niveaux d'agression: 1) grossier, argumentatif; 2) voix intimidante et élevée; 3) intimidation, menace, espace personnel violé; 4) contact physique inapproprié; 5) destruction de biens; 6)	Cet outil peut être non seulement utile pour valider la prédictibilité des outils d'évaluation du risque de violence tel que le HARM-FV, mais également pour connaître la prévalence des incidents violents dans une visée de gestion de risque (Cook et al., 2018). Cet outil est simple à utiliser risque (Cook et al., 2018).

			pousser/bousculer; 7) agression violente; 8) agression violente non provoquée; 9) incident critique (possible danger pour la vie; appeler la police) (Cook et al., 2018)	
<i>Social dysfunction and aggression scale</i> (SDAS)	Wistedt et al., 1990* (Kobes et al., 2012)		Cet outil permet de mesurer la présence hebdomadaire de comportements agressifs grâce à l'évaluation de 11 éléments : 2 éléments sur la violence autodirigée (comportement suicidaire et comportement d'automutilation); 9 éléments sur la violence dirigée vers l'extérieur (agressivité verbale non dirigée, agressivité verbale dirigée, irritabilité, négativisme, humeur dysphorique, comportement socialement perturbé, violence physique envers le personnel, violence physique envers les autres et violence physique envers les choses).	Cet outil est valide pour mesurer les comportements agressifs, mais également, dans une certaine mesure, pour prévoir les incidents violents. Cet outil peut être utile pour mettre en place des interventions préventives pour diminuer le risque d'escalade des incidents agressifs.
<i>Safety crosses</i> (conjointement avec les réunions d'unité)	O'Sullivan et al., 2020		Cet outil est un diagramme de codes de couleur qui permet de recenser les incidents violents ou non. Un tableau est affiché clairement sur l'unité et visible par tout le personnel et les patients. Ce tableau est séparé en 24 cases représentant les heures de la journée. Des pastilles autocollantes sont ensuite apposées par le personnel pour indiquer si des incidents ou non sont survenus au cours de la	Cet outil permet de comptabiliser de manière simple et rapide les incidents violents. De plus, cela amène les patients et le personnel à discuter des journées à l'aide de cet outil et à encourager à viser des jours "verts" consécutifs. Ce faisant, cela a permis de réduire la fréquence des agressions.

			<p>journée (rouge pour des agressions physiques, orange pour des incidents avec plusieurs agressions ou violet pour le harcèlement sexuel). À la fin de chaque journée, on calcule le nombre et le type d'incidents.</p>	
Outils d'évaluation du risque de violence très court terme (24-72h après l'admission)				
<i>Brøset Violence Checklist (BVC)</i>	<p>Almvik et al., 2000* (Anderson et Jenson, 2019; d'Ettoire et Pellicani 2017; Gaynes et al., 2017; Ghosh et al., 2019; Horowitz et al., 2015; Hvidhjelm et al., 2014; Hvidhjelm et al., 2016; McDermott et Holoyda, 2014; Raveel et Schoenmakers, 2019; Sarver et</p>	<p>BVC-CH version étendue en allemand de Rechenmacher et al., 2014 (Anderson et Jenson, 2019; Gosh et al., 2019)</p>	<p>Le BVC évalue 6 comportements qui se manifestent le plus fréquemment 24h avant un épisode de violence soit un état confus, l'irritabilité, un comportement turbulent, les menaces physiques, les menaces verbales et les attaques visant les objets (Szabo et al., 2015).</p> <p>La version étendue (BVC-CH) inclut une échelle analogique visuelle qui consiste en une règle en plastique de 10cm sur laquelle sont graduées les valeurs de "aucun risque" à "risque très élevé" (Rechenmacher et al., 2014).</p>	<p>L'outil a démontré des résultats concluants dans la prédiction de la violence (McDermott et Holoyda, 2014) et une diminution importante dans les événements d'agression (Raveel et Schoenmakers, 2019).</p> <p>Les infirmières et infirmiers le trouvent facile et rapide à utiliser (Ghosh et al., 2019).</p>

	al., 2019; Szabo et al., 2015)			
<i>Dynamic Appraisal of Situational Aggression</i> (DASA) ou DASA-IV (inpatient version)	Ogloff et Daffern, 2006* (Anderson et Jenson, 2019; Amunrud et Bjorklund, 2021; Chu et al., 2013a; Ghosh et al., 2019; Griffith et al., 2013; Lantta et al., 2016b; Maguire et al., 2017; McDermott et Holoyda, 2014; Szabo et al., 2015)	DASA Fr version française de Dumais et al., 2012 (d'Etterre et Pellicani 2017)	L'outil DASA comprend l'évaluation de 7 facteurs: l'irritabilité, les attitudes négatives; l'impulsivité; être sensible à la provocation perçue; être facilement en colère lorsque les demandes sont refusées; les menaces verbales; le refus de suivre les indications (Dumais et al., 2012). Il permet de prédire le risque de violence au cours des 24 prochaines heures (Szabo et al., 2015).	L'outil DASA a démontré des résultats concluants dans la prédiction de la violence (McDermott et Holoyda, 2014; Szabo et al., 2015). L'outil DASA Fr a démontré une précision de prédiction comparable à la version originale en anglais (Dumais et al., 2012). L'outil prend seulement 5min à compléter (Ghosh et al., 2019) et les infirmières et infirmiers le trouvent clair et utile dans la prévention de la violence même si cela leur semble parfois être un autre formulaire à remplir (Dumais et al., 2012). Les patients ont trouvé l'outil intéressant, car cela permet d'entamer une discussion avec l'infirmière ou l'infirmier sur l'évaluation de la violence et les mesures pouvant être prises pour la prévenir (Lantta et al., 2016b).
<i>Violence Screening Checklist</i> (VSC)	McNiel et Binder, 1994* (d'Etterre et Pellicani 2017; McDermott et		Le VSC prend en considération 4 variables pour prédire le risque d'agression dans les 72 prochaines heures suivant l'admission du patient. Les variables sont des antécédents d'agression physique ou de comportements induisant la peur au cours des deux semaines	Cet outil a démontré une précision prédictive nettement meilleure que le jugement clinique structuré ou les évaluations actuarielles dans la prévision de la violence à court terme (Szabo et al., 2015).

	Holoyda, 2014; Szabo et al., 2015)		précédant l'admission; l'absence de comportements suicidaires au cours des deux dernières semaines avant l'admission; un diagnostic de schizophrénie ou de manie; le sexe masculin (Szabo et al., 2015).	
Outils d'évaluation du risque de violence à court moyen terme (0-3 mois)				
<i>Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10)</i>	Hartvig et al., 2011 (Anderson et Jenson, 2019; d'Ettorre et Pellicani 2017; Ghosh et al., 2019)	V-Risk-10 étendue de Roaldset et al., 2012 (Anderson et Jenson, 2019) V-Risk-10 valide en Chine (Yao et al., 2012)	Cet outil évalue 10 éléments: la présence ou les antécédents de violence; la présence ou les antécédents de menaces verbales ou physiques; la présence ou les antécédents d'abus de substances; la présence ou les antécédents de trouble mental majeur; un trouble de la personnalité; un manque de jugement sur la maladie ou les comportements; la méfiance; un manque d'empathie; une planification irréaliste du futur; une exposition à de futures situations stressantes (Hartvig et al., 2011). La version V-Risk-10 étendue inclut 2 éléments additionnels soit la prise en compte du cholestérol total et le résultat du Self-Report Risk Scale (SRS) (Roadlset et al., 2012).	Les résultats ont été significatifs dans la prédiction de la violence (Ghosh et al., 2019). La version étendue du V-Risk-10 a démontré des retombées significatives, mais pas de différences marquées en comparaison avec la version originale (Roadlset et al., 2012). Il y a une ambivalence quant à la facilité et la rapidité d'utilisation de cet outil. Certains professionnels le trouvent facile et rapide (Hartvig et al., 2011) tandis que Ghosh et al. (2019) rapportent qu'il peut être long à compléter, car il demande une concertation de l'équipe multidisciplinaire et une lecture de dossier.
<i>InterRai Risk to Others Clinical Assessment Protocol</i>	Neufeld et al., 2012 (Ghosh et al., 2019)		Cet outil utilise un arbre de décision qui intègre la présence de comportements agressifs (physiques et verbaux) au cours des 3 derniers jours, de comportements extrêmes (par exemple, allumer un feu), d'actes	Les résultats démontrent la validité prédictive de cet outil (Neufeld et al., 2012). Pour cet outil, Ghosh et al. (2019) rapportent qu'il peut être long à utiliser, car l'évaluation passe par

(RHO CAP)			violents, d'intimidation et/ou d'idéation en combinaison avec d'autres symptômes de santé mentale tels que psychose, troubles du sommeil et manque de jugement (Neufeld et al., 2012).	un examen du dossier du patient ainsi qu'une concertation d'équipe multidisciplinaire.
<i>Classification of Violence Risk (COVR)</i>	Monahan et al., 2006* (Ghosh et al., 2019)		Il s'agit d'un programme informatisé de 44 éléments avec divers algorithmes personnalisés pour chaque patient.	Comparé au PCL-R, HCR-20 et VRAG, cet outil ne démontre pas de différences significatives. Le programme prend environ 20 minutes à compléter, ce qui peut être long.
<i>Fordham Risk Screening Tool (FRST)</i>	Rosenfeld et al., 2017 (Ghosh et al., 2019)		Cet outil est un algorithme qui permet de déterminer si le patient nécessite une évaluation du risque de violence à l'aide d'un outil plus complet, tel que le HCR-20. Le FRST évalue si le patient a présenté au cours des 6 derniers mois des comportements violents sévères, des menaces verbales sévères ou des pensées violentes. De plus, il prend en considération si le patient a des antécédents de bagarres, d'ordonnance de protection contre lui ou des accusations de violence ainsi que la présence d'agitation ou d'hostilité, d'idéation paranoïaque ou de la résistance au traitement (Rosenfeld et al., 2017).	Cet outil a démontré une haute sensibilité à détecter les patients qui ont eu un score élevé de risque de violence par la suite (Rosenfeld et al., 2017). Il est facile à utiliser (Ghosh et al., 2019).
<i>Brockville Risk Checklist 4 (BRC4)</i>	Chagigiorgis et al., 2013* (Ghosh et al., 2019);		Le BRC4 évalue les facteurs de risque dynamiques sous 3 catégories: risque de préjudice à autrui, risque de préjudice à soi-même et risque d'exploitation par	Les résultats démontrent que cet outil est plus efficace pour identifier les patients à haut risque d'incidents (trois ou plus) et à

	Healey et al., 2020)		autrui. De plus, il prend en compte les facteurs de protection, le risque de négligence et les antécédents d'incidents violents ou autres (violation de règles, etc.). En terminant, il comprend une section à compléter par les équipes cliniques sur les types d'interventions à mettre en place (Healey et al., 2020).	caractère grave (Healey et al., 2020).
<i>Imminent Risk Rating Scale</i> (IRRS)	Starzomski et Wilson, 2015 (Ghosh et al., 2019)		Cet outil mesure 7 facteurs de risque lié à un risque imminent de violence contre les autres: les antécédents de violence; le diagnostic secondaire; l'expression ouverte de l'hostilité; le langage et/ou communication altérés; le niveau de stress; le fonctionnement social altéré; les facteurs contextuels/environnementaux (Starzomski et Wilson, 2015).	Les résultats ont été significatifs dans la prédiction de la violence physique seulement pour les deux premiers suivis après l'évaluation initiale, donc environ pour une semaine, et pour deux semaines pour la violence verbale (Starzomski et Wilson, 2015).
<i>Hamilton Anatomy of Risk Management–Forensic Version</i> (HARM-FV)	Chaimowitz et Mamak, 2011* (Cook et al., 2018; Healey et al., 2020)	eHARM-FV version électronique de Chaimowitz et Mamak, 2018* (Healey et al., 2020)	Le HARM-FV mesure le risque de violence des prochains jours ou semaines grâce à l'évaluation de 6 facteurs de risque historiques (ex. antécédent de violence, trouble de la personnalité) et de 10 facteurs de risque dynamiques (ex. attitudes antisociales, stress) (Cook et al., 2018). Cet outil intègre l'outil Aggressive Incidents Scale (AIS) qui permet de mesurer quotidiennement les comportements violents (Cook et al., 2018).	Cet outil a démontré une bonne prédictibilité des agressions à court terme (un mois) et à moyen terme (trois mois) (Cook et al., 2018). Il n'y a pas de différence dans les performances prédictives entre le eHARM-FV et le HARM-FV (Healey et al., 2020).

Outils d'évaluation du risque de violence à moyen long terme (3 mois à plus d'un an)				
<i>Historical, Clinical, and Risk Management Scale-20 (HCR-20)</i>	Webster et al., 1997* (Abidin et al., 2013; Chu et al., 2013b; Cook et al., 2018; d'Ettorre et Pellicani 2017; Finch et al., 2017; Ghosh et al., 2019; Gunenc et al., 2015; Haines et al., 2018; Hogan et Olver, 2016; Ireland et al., 2016; Kapoor et al., 2020; Kaszuba, 2012; McDermot et Holoyda, 2014; Meyer et al., 2018; O'Shea et	HCR-20 avec le Female Additional Manuel (FAM) de De Vogel et al., 2014* (Strand et Selenius, 2019)	Le HCR-20 mesure le risque de comportements agressifs par l'évaluation de 20 éléments, dont 10 traits historiques, 5 traits cliniques et 5 éléments prouvant l'existence d'un risque éventuel (Kaszuba et al., 2012). Le FAM est un outil complémentaire au HCR-20 pour évaluer le risque de violence auprès des femmes. Les 5 premiers traits historiques sont gardés identiques au HCR-20, mais les 5 autres sont adaptés pour être davantage applicables aux femmes (Strand and Selenius, 2019).	Cet outil a démontré une bonne prédictibilité de comportements potentiellement agressifs (Kapoor et al., 2020), particulièrement auprès des hommes et pour une période d'un an (Kaszuba, 2012). Les résultats démontrent que l'ajout du FAM n'améliore pas la prédictibilité de la violence chez les femmes comparativement au HCR-20 seul (Strand and Selenius, 2019). Cet outil peut être long à utiliser, car il peut nécessiter une révision de dossier (Ghosh et al., 2019; Szabo et al., 2015). De plus, les utilisateurs doivent être formés (Szabo et al., 2015).

	al., 2013; O'Shea et al., 2014; O'Shea et al., 2016a; Szabo et al., 2015; Urheim et al., 2020; Wilson et al., 2013b)			
<i>Historical Clinical Future-30 (HKT-30)</i>	Taskforce Risk Assessment Forensic Psychiatry, 2002* (Karsten et al., 2019)		Cet outil est une adaptation allemande du HCR-20 qui comprend 30 éléments dont 11 pour la sous-échelle historique, 13 pour la sous-échelle clinique et 6 éléments sur la sous-échelle de la gestion de risque.	Les résultats démontrent que les patients ayant le score le plus élevé ont eu plus d'incidents violents au cours de leur séjour.
<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)</i>	Webster et al., 2006* (Abidin et al., 2013; Anderson et Jenson, 2019; Chu et al., 2013b; Desmarais et al., 2012; Dickens et O'Shea, 2015; Finch et al., 2017; Ghosh et		L'outil START permet d'évaluer 20 éléments dynamiques qui peuvent être analysés comme des facteurs de risque ou des facteurs de protection tout dépendants du patient (Kaszuba, 2012).	Les résultats ont été significatifs dans la prédiction de la violence (Ghosh et al., 2019), et ce même à court (un mois) ou à moyen terme (trois à six mois) (Chu et al., 2013b; O'Shea et al., 2016b). Cet outil doit être utilisé par du personnel qualifié (Kaszuba, 2012) et peut être long à administrer, car le dossier doit être revu et l'équipe multidisciplinaire doit être concertée (Ghosh et al., 2019).

	al., 2019; Gunenc et al., 2018; Hogan et Olver, 2016; Kaszuba, 2012; O'Shea et al., 2014; O'Shea et al., 2016b; Wilson et al., 2013b)			
<u>Psychopathy checklist-revised (PCL-R)</u>	Hare, 2003* (Chu et al., 2013b; Finch et al., 2017; Ghosh et al., 2019; Hogan et Olver, 2016; Kaszuba, 2012)	Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV) de Hart et al., 1995* (d'Ettoire et Pellicani, 2017; Ghosh et al., 2019; Haines et al., 2018; Kapoor et al., 2020)	Cet outil permet la détection de la psychopathie grâce à l'évaluation de 20 traits potentiellement psychopathiques (Kaszuba, 2012). Le PCL-SV contient seulement 12 éléments (Haines et al., 2018).	Même si cet outil n'a pas été développé pour prédire le risque de violence (Kaszuba, 2012), les scores élevés de PCL-R peuvent prédire significativement les risques d'agression des patients (Chu et al., 2013b; Kaszuba, 2012) surtout celles planifiées (Ghosh et al., 2019). Il en est de même pour les résultats de PCL-SV (Ghosh et al., 2019; Haines et al., 2018) Il est conseillé de compléter l'évaluation de risque de violence du PCL-R par un outil spécifique à ce type d'évaluation (Kaszuba, 2012). Cet outil est long à utiliser et demande une compréhension claire du dossier du patient (Ghosh et al., 2019).

<i>Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)</i>	Harris et al., 1993* (Chu et al., 2013b; Ghosh et al., 2019; Ireland et al., 2016; Kaszuba, 2012; McDermott et al., 2014)	VRAG-R version révisée de Rice et al., 2013* (Hogan et Olver, 2016; McDermott et Holoyda, 2014)	Le VRAG mesure 12 facteurs de risque, dont le score du PCL-R, afin de prédire les risques de récurrence de violence pour une période allant jusqu'à dix ans (Kaszuba, 2012). Le VRAG-R est une version modifiée de ces 12 facteurs de risque pour maximiser la prédictibilité (Hogan et Olver, 2016).	Les résultats démontrent une prédictibilité modérée (Ghosh et al., 2019). Selon Chu et al. (2013b), le VRAG ne permet pas de prédire le risque d'agression à court ou moyen terme. Comme le VRAG nécessite le score du PCL-R, les mêmes contraintes d'utilisation sont à prévoir (Ghosh et al., 2019). De plus, un personnel qualifié est primordial pour l'utilisation de cet outil (Kaszuba, 2012).
<i>Dynamic Risk Scale (DRS)</i>	Finch et al., 2017		Cet outil permet de mesurer le risque de violence grâce à l'évaluation de 9 facteurs de risque dynamiques: l'impulsivité; la colère; l'humeur négative; l'état psychotique; les attitudes antisociales; l'abus de substances et les problèmes reliés; les relations interpersonnelles; l'adhérence au traitement et à la médication; l'alliance avec les fournisseurs de soins.	Les résultats démontrent que cet outil permet de prédire la violence autant à court terme (un mois) qu'à moyen terme (six mois).
<i>Mental Health Outcomes and Assessment Tools– Risk-Assessment Module</i>	New South Wales Health, 2001* (Finch et al., 2017)		Cet outil permet d'évaluer 4 catégories de risque: les facteurs de risque généraux, le suicide, la violence/agression et les autres vulnérabilités. Pour l'évaluation du risque de violence auprès des autres personnes, il faut regarder la catégorie des facteurs de risque généraux et de la catégorie violence/agression. Dans le cas de	Cet outil a démontré une bonne prédictibilité pour les agressions provenant des patients notamment au niveau des mesures des facteurs de risque dynamiques, et ce autant à un, 3 ou 6 mois de suivi.

(MHOAT-Risk)			la première catégorie, l'évaluation porte sur 6 facteurs statiques et 4 facteurs dynamiques, tandis que dans la seconde catégorie, elle porte sur 6 facteurs statiques et 8 facteurs dynamiques.	
<i>Health of the Nation Outcome Scale–Secure</i> (HoNOS-secure)	Dickens et al., 2007* (Finch et al., 2017)		Cet outil n'est pas une mesure d'évaluation des risques, mais permet plutôt au patient d'être évalué en termes de besoin de protocoles de gestion des risques cliniques et de soins après une évaluation des risques. HoNOS-secure comprend une version modifiée des 12 éléments originaux de l'outil HoNOS, ainsi que de sept éléments supplémentaires spécifiques aux milieux forensiques, qui permettent d'évaluer un risque dans les semaines ou mois.	Cet outil a démontré une bonne prédictibilité pour les agressions provenant des patients, et ce autant à un, trois ou six mois de suivi.
<i>Violence Risk Scale</i> (VRS)	Wong et Gordon, 1999-2003* (Hogan et Olver, 2016)		L'outil VRS permet d'évaluer 6 facteurs de risques statiques (ex. antécédent de violence) et 20 facteurs de risque dynamiques (ex. jugement).	Cet outil a démontré une bonne prédictibilité pour les agressions provenant des patients notamment au niveau du score des facteurs de risque dynamiques.
DUNDRUM (toolkit)	Kennedy et al., 2010* (Abidin et al., 2013)		Le DUNDRUM se compose de plusieurs outils qui sont conçus pour être des outils complémentaires aux mesures d'évaluation du risque de violence. L'outil DUNDRUM-1 du triage permet une mesure statique du risque de violence. L'échelle d'achèvement du programme	Le DUNDRUM-1, le DUNDRUM-3 et le DUNDRUM-4 ont chacun eu une bonne prédictibilité de la violence.

			DUNDRUM-3 et l'échelle de rétablissement DUNDRUM-4 sont 2 outils utilisés pour mesurer les progrès dans le rétablissement du patient. Ils peuvent être utilisés dans l'évaluation des facteurs de protection dans la prévention de la violence.	
<i>Forensic Psychiatry and Violence tool Oxford (FoVOx)</i>	Wolf et al., 2018* (Zhong et al., 2021)		Cet outil consiste en l'évaluation de 12 facteurs de risque comprenant des facteurs démographiques (ex. âge, sexe), des facteurs criminels (ex. antécédent de crime violent) et de facteurs cliniques (ex. trouble lié à la consommation, trouble de la personnalité).	Selon les cliniciens, le score du FoVOX donne une représentation précise du risque de violence du patient.
Outils d'auto-évaluation de l'impulsivité et de l'agressivité				
<i>Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11)</i>	Patton et al., 1995* (Karsten et al., 2019)		Cet outil permet une auto-évaluation de l'impulsivité du patient en évaluant 30 éléments divisés en 3 catégories: impulsivité intentionnelle (8 éléments); impulsivité motrice (11 éléments); impulsivité non planifiée (11 éléments).	Les résultats de l'outil BIS-11 démontrent des retombées significatives sur l'identification des agressions tardives et des événements non violents.
<i>Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ)</i>	Buss et Perry, 1992* (Karsten et al., 2019)		Cet outil permet une auto-évaluation de l'impulsivité du patient en évaluant 29 éléments divisés en 4 catégories : agression physique (9 éléments); agression verbale (5 éléments); colère (7 éléments); hostilité (8 éléments).	Les résultats de l'outil BQAP sont associés à un plus grand nombre d'événements violents au cours de la première année suivant l'évaluation.
<i>Self-report Risk Scale (SRS)</i>	Roaldset et Bjørkly, 2010* (Lockertse		L'outil SRS permet au patient de s'autoévaluer sur sa perception du risque d'agir violemment envers autrui. Il doit choisir l'une des 6	Les retombées démontrent que le SRS était associé de manière significative à la violence ultérieure. Par ailleurs, ceux qui

	n et al., 2018)		options suivantes : aucun risque, risque faible, risque modéré, risque élevé, et "je ne sais pas" ou "je ne répondrai pas".	avait déclaré ne pas connaître leur propre risque de violence, ou qui ont refusé de répondre, étaient à risque accru de devenir violents pendant leur hospitalisation. L'ajout d'un tel outil pourrait avoir également l'avantage de réduire le nombre de faux négatif des outils d'évaluation du risque de violence.
Outil d'évaluation des facteurs de protection				
<i>Structured assessment of PROtective factors</i> (SAPROF)	De Vogel et al., 2007* (Abidin et al., 2013; Haines et al., 2018)	Validé au Japon Kashiwagi et al., 2018 Validé en version française Guay et de Vries Robbè, 2017*	Cet outil permet de mesurer les facteurs de protection contre les actes violents, ce qui permet d'évaluer plus précisément le risque de violence (Abidin et al., 2013). Il permet d'évaluer 2 facteurs de protection statiques et 15 facteurs de protection dynamiques répartis dans 3 domaines: facteurs internes (ex. intelligence), facteurs externes (ex. réseau social) et facteurs de motivation (ex. loisirs). Un dernier élément ciblant le jugement peut être ou non évalué en complément (Haines et al., 2018).	Les retombées démontrent que le score du SAPROF a une bonne prédictibilité de l'absence de violence (Abidin et al., 2013). Non seulement cet outil permet d'évaluer les facteurs de protection et donc de compléter l'évaluation du risque de violence, mais il peut être précieux pour identifier des interventions potentielles pour planifier un traitement dans une visée de prévention de la violence (Abidin et al., 2013). Il doit être utilisé en complément d'un outil d'évaluation du risque de violence (ex, HCR-20) pour être cohérent avec la vision des échelles de jugement clinique structuré (Haines et al., 2018). Toutefois, pour une clientèle n'étant pas en psychiatrie légale, cet outil combiné avec l'outil HCR-20 n'a pas performé mieux que le HCR-20 seul (Haines et al., 2018).

Outil d'évaluation de l'historique de violence du patient				
<i>Life History of Agression</i> (LHA)	Brown et al., 1979*	Validé en version française Dellazizzo et al., 2017	L'outil LHA permet au patient d'autodéclarer l'occurrence de ses comportements agressifs en lien avec 11 formes d'agressivité (ex. agressivité dirigée vers les autres par une explosion verbale, dirigée vers des objets inanimés, dirigée vers soi-même, dirigée vers les autres par des agressions directes), et ce depuis l'âge de 13 ans.	Les résultats démontrent que cet outil est un questionnaire valide pour évaluer l'historique de l'agressivité des patients. Il peut être utile à appliquer dans la pratique clinique afin d'évaluer le risque d'agressivité à vie des patients.
Outils d'évaluation du style interpersonnel du patient				
<i>Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments</i> (CIRCLE)	Blackburn et Renwick, 1996* (Daffern et al., 2012)		Le CIRCLE est une échelle d'observation de 51 éléments permettant de décrire le style interpersonnel du patient dans le contexte institutionnel. Il évalue le comportement social verbal et non verbal selon 8 domaines du style interpersonnel, soit dominant, coercitif, hostile, retiré, soumis, conforme, nourricier et grégaire.	Cet outil a été utilisé comme complément aux instruments d'évaluation du risque de violence, car il est possible d'identifier quels seront les patients à risque de comportements agressifs au cours de leur hospitalisation.
<i>Impact Message Inventory</i> (IMI)	Kiesler, 1987* (Daffern et al., 2012)		Cet outil permet de mesurer le style interpersonnel grâce à l'évaluation de 56 éléments selon une approche transactionnelle. L'évaluateur doit remplir l'outil en se questionnant sur l'impact que le patient a sur lui lors d'une interaction. Les éléments évalués sont regroupés sous 15 items sur le style interpersonnel qui peuvent être regroupés sous 4 groupes (dominant, hostile, soumis, amical).	Cet outil a permis d'évaluer l'agressivité dans plusieurs études grâce à l'évaluation précoce de style interpersonnel problématique. Grâce à son approche transactionnelle, cet outil présente aussi l'avantage d'encourager l'évaluateur à considérer sa propre réponse lorsqu'il évalue le style interpersonnel du patient. Il est important que les intervenants reconnaissent l'impact que le comportement interpersonnel des

				patients a sur eux-mêmes et comment cela influence leurs propres réactions envers le patient, en particulier dans les situations où le personnel agit envers les patients d'une manière qui peut être perçue comme directive et contrôlante.
Outils d'évaluation globale du fonctionnement du patient et de la sévérité de la maladie				
Kennedy Axix V (version allemande)	Kennedy, 2003* (Faay et al., 2013)		Cet outil permet l'évaluation globale du fonctionnement du patient en analysant des facteurs de risque statiques, dynamiques et de protection, qui sont divisés en 7 sous-échelles : trouble psychologique, les compétences sociales, la violence, les activités de la vie quotidienne et les compétences professionnelles, l'abus de substances, un trouble médical, un trouble accessoire. Dans cette version, une sous-échelle a été ajoutée soit celle de la motivation dans le traitement.	Le personnel infirmier de l'étude a estimé qu'il serait bénéfique d'utiliser un tel outil d'évaluation de risque. Elles ont trouvé que l'information recueillie grâce à cet outil était utile pour le plan de traitement, mais aussi pour les rencontres multidisciplinaires. Les infirmières et infirmiers ont mis environ 15min pour remplir les 8 sous-échelles et 11min de plus pour compiler le score et écrire un bref rapport, ce qui leur semblait long. De plus, elles et ils avaient de la difficulté à donner une note ainsi qu'à identifier des interventions à mettre en place.
<i>Global assessment of functionnin g (GAF)</i>	Hall, 1995* (Abidin et al., 2013)		Bien qu'étant une simple évaluation globale du fonctionnement du patient pour évaluer la gravité de la maladie, le GAF peut aussi évaluer les facteurs de risque et de protection de la violence. Par exemple, un faible score peut mettre en lumière certains problèmes tels que le manque de contrôle des	Cet outil a bien performé dans la prédiction de la violence, voire aussi bien qu'un outil spécifique d'évaluation du risque de violence.

			impulsions, les attitudes négatives et l'hostilité.	
<i>Predictive properties of measures of symptoms. Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)</i>	Kay et al., 1987* (Abidin et al., 2013)	PANSS supplementa l aggression risk (Abidin et al., 2013)	Le PANSS permet d'évaluer 30 éléments en lien avec la sévérité des symptômes de la maladie, dont 7 symptômes positifs, 7 symptômes négatifs et 16 symptômes généraux. Cet outil a aussi été conçu pour évaluer les facteurs de risque et de protection de la violence. Le <i>supplemental aggression risk</i> ajoute 3 éléments soit la colère, la difficulté à retarder la gratification et la labilité émotionnelle.	Les retombées démontrent que les scores du PANSS positif, PANSS général et PANSS total ont une bonne prédictibilité de la violence envers les autres. Il en est de même avec l'ajout du <i>supplemental aggression risk</i> .

Tableau 6. – Tableau des outils d'évaluation

Légende :

- Toutes les références ayant une * ont été rajoutées pour citer les auteurs originaux des outils. Elles ne sont pas comptabilisées dans les résultats ni retranscrites dans la bibliographie.
- Les deux outils soulignés sont les deux seuls outils dits actuariels.

Annexe G: Programmes de psychothérapies utilisés dans la prévention de la violence (type de facteur 7 – facteurs liés aux patients)

Le tableau 6 présente l'ensemble des programmes de psychothérapies extraits des écrits analysés dans les résultats et se rapportant au type de facteur 7 soit les facteurs liés aux patients.

Psychothérapies	Programmes	Auteurs	Description	Résultats
TCC	<i>Violent offender treatment programme</i>	Stewart et al., 2012; Sturgeon et al., 2018	Comporte huit modules qui ciblent, entre autres, la gestion des émotions, l'identification des distorsions cognitives, l'étude du cycle de la violence (Stewart et al., 2012) afin d'aider le patient à développer des compétences interpersonnelles, à recadrer les attitudes pro-délinquance et pro-violences, et à doter les patients de compétences pratiques pour maintenir leurs progrès et prévenir les rechutes (Sturgeon et al., 2018).	Les retombées démontrent d'une part une réduction dans le niveau de colère et d'impulsivité et d'autre part une augmentation de l'empathie, la motivation et de la participation (Sturgeon et al., 2018). De plus, les patients ont particulièrement apprécié le soutien des pairs durant le programme (Stewart et al., 2012).
	<i>Life Minus Violence-Enhanced</i>	Sturgeon et al., 2018	Comprends sept modules étalés sur 10 à 12 mois et permet également le traitement de délinquants violents grâce à divers moyens thérapeutiques tels que les groupes de discussion, les jeux de rôle ou la répétition cognitive.	Il a démontré une diminution des comportements agressifs et du risque global ainsi qu'une amélioration dans la régulation de la colère.
	<i>Enhanced thinking skills</i>	Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018	A été développé pour diminuer la récurrence auprès des délinquants.	Ce programme a rapporté des améliorations significatives dans la diminution de l'agressivité pour la résolution des problèmes

				(Sturgeon et al., 2018). À la suite du traitement, les participants choisissaient la solution la moins agressive lors de la présentation d'un scénario hypothétique ambigu (Rampling et al., 2016).
	<i>Managing problematic anger</i>	Eidhammer et al., 2014	Le patient est amené à travailler sur sa colère problématique. Conçu pour les délinquants ayant des troubles de santé mentale, le programme est structuré en 36 sessions divisées en 3 modules et demande une forte motivation de la part du participant. Au travers de séances individuelles ou de groupe et en collaboration avec des mentors infirmières et infirmiers, le patient va acquérir des compétences comportementales afin de répondre de manière appropriée aux signaux qui auraient auparavant provoqué une réponse agressive.	Le programme a démontré une réduction dans la violence verbale et physique ainsi que de la colère et de l'hostilité.
	<i>Integrated Cognitive Based Violence Intervention Program</i>	Hsu et Ouyang, 2021	Offert individuellement aux patients schizophrènes en mettant l'accent sur les fonctions cognitives sociales à travers des entraînements répétitifs.	Les patients ont appris à réguler leurs émotions et à exprimer leur mécontentement de manière appropriée afin d'améliorer leur gestion de la colère, résultant en une diminution des agressions physiques.
	<i>Aggressive replacement therapy (ou son</i>	Horowitz et al., 2015 (Rampling et al., 2016)	Il s'agit d'un traitement intensif, en groupe, se donnant plusieurs fois par semaine avec des modules sur la régulation	Il réduirait la récurrence criminelle (Horowitz et al., 2015). Dérivé de ce programme, le programme <i>Agression Control Therapy</i>

	<i>adaptation: Agression Control Therapy)</i>		des émotions, les compétences sociales et le raisonnement moral notamment par le biais de discussion éthique et le développement de l'empathie (Horowitz et al., 2015).	aurait quant à lui démontré une diminution dans les attitudes et comportements agressifs autorapportés (Rampling et al., 2016).
RC RC et TCC	<i>Reasoning and Rehabilitation</i>	Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; MacInnes et Masino, 2019; Rampling et al., 2016;	Ce programme de groupe mise sur la RC et/ou la TCC (Dumont et al., 2018) pour réduire la récidive auprès délinquants et spécialement en lien avec la gestion de la violence (Rampling et al., 2016), et ce durant 16 sessions (Darmedru et al., 2018).	Quelque que soit la version du programme offerte, celle-ci a démontré des retombées positives autant sur l'amélioration des comportements sociaux, résolution de problème que sur les attitudes liées à la violence (Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; MacInnes et Masino, 2019; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018). Il a permis de réduire de manière significative les agressions verbales et physiques (Dumont et al., 2018; Rampling et al., 2016).
	<i>Reasoning and Rehabilitation Mental Health program</i>	Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020; Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018		
	<i>Reasoning and Rehabilitation Attention Deficit</i>	Rampling et al., 2016; Sturgeon et al., 2018		

<i>Hyperactivity Disorder</i>			
<i>Social Cognition and Interaction Training</i>	Darmedru et al., 2018; Dumont et al., 2018; Jones et Harvey, 2020	Programme groupal adapté pour les patients schizophrènes. Combinant RC et TCC (Dumont et al., 2018), ce programme comprend 3 modules sur la perception des émotions; l'interprétation des situations et des biais cognitifs; l'utilisation, la généralisation et le transfert des compétences sociales acquises dans la vie quotidienne.	Il a permis aux patients d'améliorer leurs relations sociales (Dumont et al., 2018), mais également de diminuer le nombre d'incidents violents autant verbaux que physiques.
<i>Psychotic disorders Treatment program</i>	Dumont et al., 2018; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016;	A été conçu pour les patients psychotiques chroniques et qui mise principalement sur la TCC (Dumont et al., 2018; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016), mais aussi sur la psychoéducation et la remédiation cognitive (Dumont et al., 2018).	Il a démontré une amélioration dans les comportements négatifs, dont une diminution des agressions verbales et physiques (Dumont et al., 2018; Quinn et Kolla, 2017; Rampling et al., 2016).
<i>Metacognitive training</i>	Darmedru et al., 2018; Jones et Harvey, 2020	Programme se déroulant en 8 modules à travers desquels les patients schizophrènes violents vont prendre conscience de leurs distorsions cognitives dans le but de retravailler leur capacité de résolution de problème.	Ce programme permet de réduire significativement l'agitation, la tension et l'hostilité qui sont corrélées au risque d'agression.

Tableau 7. – Tableau des programmes de psychothérapies

Annexe H: Pays d'étude pour les écrits empiriques

Le tableau 7 présente le calcul des pays pour les écrits empiriques.

Pays	N=
Royaume-Uni	22
Australie	18
Canada	13
États-Unis	11
Pays-Bas	8
Israël	4
Finlande	4
Chine	4
Norvège	4
Suède	3
Japon	3
Taiwan	2
Brésil	2
Danemark	2
Italie	2
Mexique	1
Nouvelle-Zélande	1
Afrique du Sud	1
Inde	1
Thaïlande	1
Portugal	1
Allemagne	1
Autriche	1

Tableau 8. – Résultats de la recherche documentaire selon les pays des articles empiriques