

Université de Montréal

**Les facteurs influençant l'utilisation des mesures
d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique
intra-hospitalier**

par

Luigi De Benedictis

Département de psychiatrie
Centre de recherche Fernand-Seguin
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences biomédicales
option sciences psychiatriques

Décembre 2010

© Luigi De Benedictis, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier

Présenté par :

Luigi De Benedictis

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

.....
Caroline Larue, présidente-rapportrice

.....
Alain D. Lesage, directeur de recherche

.....
Catherine Briand, co-directrice

.....
Frédéric Millaud, membre du jury

Résumé

L'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier se produit fréquemment en réponse à des comportements agressifs et continue de soulever la controverse. À cet égard, de plus en plus d'études tendent à démontrer que le personnel soignant travaillant sur ces unités est influencé par plusieurs facteurs de nature différente, notamment la perception de l'agressivité, quand vient le temps de prendre une décision quant à l'utilisation (ou non) de ces mesures coercitives.

Méthodologie : Plus de trois cents membres du personnel soignant travaillant en milieu psychiatrique intrahospitalier ont été recrutés dans huit établissements psychiatriques du Québec. Dans un premier temps, un questionnaire leur a été distribué afin de mettre en relief les différents facteurs (individuels et organisationnels) ayant un impact sur l'utilisation des mesures coercitives. Simultanément, l'analyse factorielle de la version française de deux échelles permettant de mesurer la perception de l'agressivité en milieu hospitalier (le MOAS et le POAS) a été faite.

Résultats : Un modèle final multivarié a démontré que le type d'unité psychiatrique, l'expression de la colère et de l'agressivité parmi les membres de l'équipe de soins, la perception de la fréquence de gestes autoagressifs et la perception de mesures de sécurité insuffisantes dans le milieu de travail étaient des prédicteurs indépendants de l'utilisation de procédures d'isolement et de contentions. L'analyse factorielle a pour sa part mis en évidence une structure à 4 facteurs pour le MOAS et à 3 facteurs pour le POAS, conformément à ce que l'on retrouvait dans la littérature scientifique.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance des facteurs organisationnels par rapport aux facteurs individuels dans l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie et la nécessité d'évaluer les perceptions quant à l'agressivité et à la sécurité chez le personnel soignant. En comprenant mieux les phénomènes qui amènent leur utilisation, il sera

possible de trouver des alternatives aux mesures d'isolement et de contentions et ainsi réduire le recours à ces dernières.

Mots-clés : Isolement et contentions, Unité hospitalière de psychiatrie, Modified Overt Aggression Scale (MOAS), Perception of Aggression Scale (POAS), Facteurs décisionnels, Organisation, Violence

Abstract

Management of Aggressive Behaviour on Psychiatric Hospital Wards

Psychiatric staff can have both positive and negative attitudes towards inpatient aggression. Different attitudes towards aggression can have a substantial influence on how such behaviour is dealt with on psychiatric wards. In this manner, seclusion and restraint are frequently used measures for managing violent behaviour. However, their use raises several concerns.

Method: Over three hundred staff members were recruited from eight psychiatric hospitals in the province of Quebec. First of all, an examination was conducted from the staff perspective of the organizational and staff factors that may be associated with increased recourse to seclusion and restraint in psychiatric wards. Simultaneously, factorial analysis of the French version of two scales used to measure staff attitude towards institutional violence and aggression (MOAS and POAS) was completed.

Results: The final multivariate model showed that the following factors independently predict to greater use of seclusion and restraint: the type of hospital ward; greater expression of anger and aggression among staff members; perceptions of the frequency of incidents of physical aggression against the self; and the perception of insufficient protection measures in the workplace. Factor analyses revealed a four factor structure for the MOAS and a three factor structure for the 12-item POAS, which is similar to what is found in recent scientific literature in North American and European countries.

Conclusion: These findings underscore the importance of evaluating a variety of factors, including perceptions of safety and violence, when exploring the management of aggression and violence on psychiatric wards and the reasons seclusion and restraint measures are used. These findings represent the first stage of a research program of the

multidisciplinary group to whom the author is associated, aimed at reducing recourse to seclusion and restraint in Quebec psychiatric services.

Keywords: Seclusion and restraint predictor, Psychiatric ward, Modified Overt Aggression Scale (MOAS), Perception of Aggression Scale (POAS), Staff attitude, Organization, Violence

Table des matières

Résumé en français.....	i
Résumé en anglais	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	x
Liste des sigles et des abréviations	xi
Dédicace	xiii
Remerciements	xiv
Chapitre I: Introduction	1
Chapitre II: Revue de la littérature	5
2.1 Prévalence de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu hospitalier psychiatrique	11
2.2 Facteurs prédisposant à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions	15
2.3 Conséquences reliées à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions	23
2.4 Droits humains et dimensions éthiques entourant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions	30
2.5 La problématique de l'agressivité en milieu intrahospitalier psychiatrique	34
2.6 Le rôle de la perception de l'agressivité et sa mesure	41

Chapitre III: La problématique	45
Chapitre IV: Les objectifs de l'étude	46
Chapitre V: Méthodologie	47
Chapitre VI: Résultats de l'étude	52
6.1 Les facteurs prédictifs de l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions sur les unités d'hospitalisation en psychiatrie: la perspective du personnel soignant	53
6.2 Analyse factorielle de la version française de l'échelle POAS à 12 questions (« <i>Perception of Aggression Scale</i> ») et de l'échelle OAS modifiée (« <i>Modified Overt Aggression Scale</i> »)	85
Chapitre VII : Discussion	119
Chapitre VIII: Conclusion	139
Liste de références	143
Annexes	i
V-1 Questionnaire distribué aux participants (pour le premier et le deuxième article de ce mémoire)	ii
V-2 Formulaire de consentement	xxvii

VI-1 Autorisation de rédiger son mémoire par article et signature des co-auteurs xxxiii
VII-1 Cadre méthodologique de la section VII. Discussion xlv

Liste des tableaux

Chapitre VI: Résultats de l'étude

Premier article

Table 1: Sociodemographic Characteristics of Psychiatric Staff and Relationship with Number of Seclusion and Restraint Episodes Reported in Last 2 Weeks	72
Table 2: Team Climate, Perception of Aggression and Frequency of Aggressive Incidents and Relationship with Number of Seclusion and Restraint Episodes Reported in Last 2 Weeks	74
Table 3: Organizational Factors of Aggression Management and Relationship with Number of Seclusion and Restraint Episodes Reported in Last 2 Weeks	77
Table 4: Multivariate Predictors of Seclusion and Restraint	79

Deuxième article

Table 1. Total Variance Explained for the Components of the Perception of Aggression Scale (POAS) and Scree Plot	103
Table 2. Pattern Matrix for the Perception of Aggression Scale (POAS)	105
Table 3. Factor Correlation Matrix for the Perception of Aggression Scale (POAS)	108
Table 4. Total Variance Explained for the Components of the Modified Version of the Overt Aggression Scale (MOAS) and Scree Plot	109

Table 5. Pattern Matrix for the Modified Version of the Overt Aggression Scale (MOAS)
..... 111

Table 6. Component Correlation Matrix for the Modified Version of the Overt Aggression
Scale (MOAS) 115

Liste des figures

Aucune.

Liste des sigles et abréviations

α : Coefficient alpha de Cronbach

AHQ : Association des hôpitaux du Québec

APA: American Psychiatric Association

APIC: Approche préventive et intervention contrôlée

ATAS: Attitude toward Aggression Scale

AUC: Area under the curve

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services

Df: Degrés de liberté

ER: Emergency Room

EUNOMIA: European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best
Clinical Practice

GES: Group Environment Scale

HCFA: Health Care Financing Administration

ICU: Intensive Care Unit

IDP: Psychological Distress Scale (Indice de détresse psychologique)

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

LSI-R: Level of Service Inventory - Revised

MOAS: Modified Overt Aggression Scale

N ou n: taille de l'échantillon

OAS: Overt Aggression Scale

OAS-MNR: Overt Aggression Scale – Modified for Neurorehabilitation

OMS: Organisation mondiale de la Santé

ONU: Organisation des Nations Unies

POAS: Perception of Aggression Scale

POPAS : Perception of Prevalence of Aggression Scale

p: *p-value* (niveau de signification d'un test statistique)

r : Coefficient de corrélation de Pearson

RCPsych: Royal College of Psychiatrists

ROC : Receiver Operating Characteristic

SAR: Seclusion and Restraint

SD: Standard Deviation

SOAS-E: Extended Staff Observation Aggression Scale

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

t: Coefficient du test t de Student

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

X^2 : Test du khi-carré de Pearson

À toutes celles et ceux qui chaque jour mènent vaillamment et avec désintéressement le combat contre les effets ravageurs de la maladie mentale et la stigmatisation qui afflige les personnes qui en sont atteintes, avec admiration et solidarité.

« The good neighbour looks beyond the external accidents and discerns those inner qualities that make all men human and, therefore, brothers. » (Martin Luther King Jr., 1963)

Remerciements

Un grand merci à...

... toutes les personnes qui ont volontiers donné de leur temps pour cette étude, en particulier les employés des différents centres hospitaliers qui ont vaillamment rempli les questionnaires avec lesquels nous avons pu constituer la banque de données nécessaire aux différentes analyses statistiques;

... Dr Alain Lesage, du Centre de recherche Fernand-Seguin, pour avoir accepté de me prendre sous son aile depuis les trois dernières années pour sa rigueur intellectuelle, sa disponibilité et surtout ses innombrables conseils;

... M. Daniel Gélinas, du Centre de recherche Fernand-Seguin, pour avoir partagé avec moi sa passion et qui demeure une source d'inspiration;

... Dr Alexandre Dumais, pour son dévouement et surtout sa patience indéfectible au cours des différentes étapes du présent travail de recherche;

... Mme Catherine Briand et Mme Marie-Christine Stafford, pour leur aide et leur valeureuse expertise;

... tous mes collègues résidents de la promotion 2006-2011, pour avoir rendu les cinq dernières années particulièrement agréables et pour avoir contribué à l'élaboration du protocole de recherche et la banque de données sans lesquels le présent travail aurait été impossible à réaliser;

... Mme Lorraine Medgyesi, pour son aide précieuse dans la traduction et la correction des différentes sections du présent travail;

... toute ma famille, pour leur appui indéfectible au fil des ans dans tous les projets que j'ai entrepris sur le plan académique;

... toutes les personnes atteintes de maladie mentale que j'ai eu le privilège de rencontrer au cours de ma résidence et qui m'ont honoré de leur confiance; vous avez été le véritable moteur de ce mémoire de maîtrise.

1. Introduction

- « À voir la manière dont on use auprès des malades dans les hôpitaux, on dirait que les hommes ont imaginé ces tristes asiles, non pour soigner les malades, mais pour les soustraire aux regards des heureux dont ces infortunés troubleraient la jouissance. »

À première vue, cette citation de l'écrivain français Nicolas Chamfort peut sembler s'inscrire dans le continuum du mouvement antipsychiatrique qui a vu le jour dans les années 60 aux États-Unis et en Angleterre. Toutefois, on peut penser qu'elle a eu une portée beaucoup plus subversive au 18e siècle, quand elle fût écrite. La psychiatrie demeure une science relativement jeune. Mêlant le corps et l'esprit, le visible et l'invisible, l'art et la science, elle cherche encore à mieux se définir dans un univers scientifique où les neurosciences fondamentales progressent à une vitesse fulgurante. Au fil des ans, la psychiatrie a su développer des créneaux qui lui sont propres, mais aussi d'autres qui ont influencé différentes spécialités médicales. L'accent mis sur le développement de soins surspécialisés, les progrès de la réadaptation psychiatrique et des interventions de réinsertion sociale ainsi que les études sans cesse plus poussées sur la planification et la coordination des soins orientés vers le rétablissement des personnes en sont des preuves tangibles. Une science jeune et en effervescence, donc. Nous sommes bien loin des asiles dont parle Chamfort! Cependant, comme pour toute spécialité médicale, des défis demeurent et des personnes continuent d'avoir besoin d'aide. Si les cardiologues ont leurs hypertensions malignes réfractaires et les oncologues ont leurs cancers incurables, il faut reconnaître que bien des personnes souffrant de troubles mentaux peinent à se libérer du joug de leur maladie, celle-ci étant la plupart du temps multidimensionnelle. Sonder le biologique, le psychologique et le social afin de soulager leur souffrance devient alors une

tâche nécessaire, mais ardue, en raison des difficultés à articuler d'une façon cohérente les différentes interventions thérapeutiques. À tout cela, il faut bien sûr ajouter la stigmatisation et les tabous qui entourent encore les maladies mentales dans l'espace public.

Dans cette perspective, l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions demeure l'un des symboles les plus controversés de la psychiatrie. Dans le guide des *Orientations ministérielles* sur le sujet, publié en 2002 par le gouvernement du Québec, on définit une mesure de contention comme étant une *mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap*. Quant à une mesure d'isolement, on parlera de *mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement*. Mal nécessaire pour les uns, reliquat d'un passé paternaliste de la psychiatrie et agent de stigmatisation par excellence pour les autres, l'utilisation de ces mesures continue de faire couler beaucoup d'encre et de soulever les passions. Bien qu'aucune étude n'ait pu démontrer que les mesures d'isolement et les contentions sont d'une plus grande efficacité ou sécurité pour les patients (AHQ, 2000; Hôpital Louis-H. Lafontaine. Comité Évaluation et application du protocole isolement-contentions, 2005) que leur non-utilisation, deux motifs thérapeutiques sont souvent invoqués pour les justifier : (i) la diminution des stimuli afin de prévenir une escalade de l'agitation et (ii) le contrôle du patient dans une situation de danger imminent pour lui-même ou pour autrui (Lendemeijer & Shortridge-Baggett,

1997). Cependant, l'isolement et les contentions sont parfois utilisés à des fins punitives lorsque les règles de l'unité sont brisées ou pour décourager des comportements « indésirables » (AHQ, 2002). À l'occasion, le personnel recourra aussi à l'isolement pour diminuer les risques de fugue ou pour pallier le manque de personnel soignant (McBride, 1996). Quant aux contentions, les critères usuels pour leur utilisation réfèrent à l'agressivité et la violence sous toutes ses formes, à un état confusionnel et à l'agitation sévère dans la phase aiguë de la maladie (A. D. Smith & Humphreys, 1997). Dans ce contexte, l'agressivité est définie comme étant *l'expression d'une pulsion ou d'un affect dont le contrôle est incertain*. Quant à la violence, elle réfère davantage à *des actes réels envers autrui, susceptibles de porter atteinte à l'intégrité physique* (Millaud, Roy, Gendron, & Aubut, 1992). Ainsi, nonobstant ces motifs thérapeutiques, tous s'entendent pour dire que ces mesures coercitives doivent être considérées comme un dernier recours qui, après que d'autres moyens ont été jugés inefficaces, permettra la communication ou l'implantation d'un plan de soins (Morin & Leblanc, 2003). Au cours des vingt dernières années, de nombreuses études ont été menées un peu partout à travers le monde afin de trouver des alternatives à leur utilisation (Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2010), ce qui en soi signe un malaise certain chez de nombreux professionnels de la santé quand vient le temps de les utiliser. Ce mémoire va permettre d'entamer une réflexion sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions dans la gestion des comportements agressifs en milieu intrahospitalier psychiatrique et, plus particulièrement, de réfléchir sur les différents facteurs, notamment la perception de l'agressivité, qui entrent en ligne de compte quand les

membres du personnel soignant doivent prendre une décision quant à l'utilisation de ces mesures.

Chapitre II. Revue de littérature

Ce chapitre présente une revue des différents thèmes abordés dans ce mémoire et utiles à la compréhension du sujet d'étude. Il est divisé en plusieurs parties et permet d'abord de comprendre le phénomène de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions dans la gestion des comportements agressifs en milieu intrahospitalier. Par la suite, les dilemmes éthiques attachés à l'utilisation des mesures coercitives dans les milieux de soins psychiatriques seront décrits, avec comme toile de fond les comportements agressifs qui y prévalent et dont le personnel soignant est à la fois témoin et parfois victime.

Sur ce, avant d'aller plus loin, il importe tout de même de situer l'utilisation des mesures coercitives dans une perspective historique. Cela peut sembler surprenant, mais le début de l'utilisation de l'isolement et des contentions remonte si loin dans l'Histoire qu'on ne peut pas vraiment le préciser. Il est rapporté qu'à l'époque classique grecque, les personnes atteintes de maladies mentales recevaient déjà des soins « tolérants » caractérisés par une approche humaniste (Granger, 2010). Soranus d'Éphèse, un médecin méthodiste grec du II^e siècle de notre ère, écrivit ceci concernant la dualité corps-esprit dans la folie :

- « *Ceux qui imaginent que la manie est principalement une affection de l'âme et en second du corps se trompent. Car aucun philosophe n'a jamais réussi un traitement de cette maladie; de plus, avant que l'esprit (mens) ne soit affecté, le corps lui-même montre des symptômes visibles. Cela permet la reconnaissance ou le diagnostic de la maladie.* »

Il suggérait d'ailleurs de traiter la manie en demandant au patient :

- « *[...] de se coucher dans une position semi-déclive dans une chambre suffisamment chaude, tout à fait calme et dépourvue de peintures; le lit devait être solidement fixé au sol et ne devait pas être face à la porte d'entrée de la chambre afin de minimiser toute stimulation venant de l'extérieur.* »

L'idée d'une salle d'isolement venait de naître. Ce n'est qu'après la chute de l'Empire romain que ces pratiques ont été progressivement abandonnées. Au Moyen Âge, des infrastructures existaient afin de « contenir » et de mettre hors d'état de nuire des gens atteints de ce qui serait vraisemblablement considéré aujourd'hui comme de la maladie mentale. L'influence de la religion catholique amène rapidement à lier cette dernière à la possession par des esprits maléfiques ou carrément à l'hérésie. Des « asiles » où ces personnes étaient souvent enchaînées presque toute la journée cherchaient tant bien que mal à assurer leurs besoins de base (Mora, 1980; Schiffer & Collins, 1996). La Bible elle-même n'aidera d'ailleurs pas la cause des patients souffrant de troubles psychiques, comme en fait foi ce passage issu de l'Ancien Testament :

- « *Si un homme ou une femme ont en eux l'esprit d'un mort ou un esprit de divination, ils seront punis de mort; on les lapidera : leur sang retombera sur eux.* »

Ostracisés par les autres membres de la société de l'époque et perçus la plupart du temps comme des êtres potentiellement dangereux, les soins médicaux prodigués à ces personnes demeuraient très vaguement définis et l'accent était davantage mis sur le contrôle que sur le soulagement de leur souffrance ou leur éventuelle réinsertion sociale. Ces « milieux de vie » se développaient loin des grands centres, en milieu rural tel de petits villages satellites où l'autosuffisance était de mise afin de diminuer au minimum les contacts avec le monde extérieur (Leff, 1997). Ce mode d'organisation des services a d'ailleurs perduré dans une bonne partie du monde jusqu'au XXe siècle. Certes, certaines interventions « médicales » existaient, mais celles-ci consistaient essentiellement à pratiquer des incisions au niveau de

la boîte crânienne (trépanation) afin d'extirper la pierre de la folie, pierre qui était, croyait-on à l'époque, à l'origine de la maladie mentale. Bien entendu, il est tout à fait légitime de penser que ces techniques étaient pour le moins peu efficaces... Puis, vers la fin du 15^e siècle, le sort a continué de s'acharner sur les personnes souffrant de troubles psychiques alors que le pape Innocent VIII a promulgué le début de l'Inquisition en Europe de l'Ouest. L'objectif était alors de « purifier » l'humanité des forces du Mal, soit l'hérésie et la sorcellerie. En tout, pendant les presque trois siècles qu'a duré l'Inquisition, entre 100 000 et 300 000 personnes ont été tuées à travers l'Europe et tout porte à croire qu'une bonne partie d'entre eux souffrait d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (Brower, 1991; Guirguis & Durost, 1978).

Il faudra attendre le Siècle des Lumières (18^e siècle) pour observer les premières démarches thérapeutiques visant à venir en aide aux personnes aux prises avec des troubles mentaux. D'abord, Vincenzo Chiarugi, un médecin italien, évoqua pour la première fois un lien entre la maladie mentale et un dysfonctionnement cérébral (Grange, 1963). Cette « anatomification » de la folie peut sembler banale à première vue, mais le fait d'évoquer que les comportements désorganisés des personnes souffrant de troubles mentaux n'étaient pas le fruit d'une possession satanique, ni d'une punition divine, mais découlaient bel et bien d'une maladie, pouvait changer de façon radicale la perception que l'on avait de cette population marginalisée : d'hérétiques dont il fallait à tout prix se protéger, ils devenaient en quelque sorte des « malades » comme les autres dont il fallait s'occuper et qui, en suivant le paradigme médical, pouvaient recevoir des traitements. C'est dans cette foulée

que le Dr Philippe Pinel a le premier remis en question le fonctionnement des asiles de l'époque et qu'il a jeté les bases de ce qu'il a appelé le « traitement moral ». Loin d'être une approche basée sur des diktats moralisateurs ou religieux comme cela pourrait sembler sémantiquement parlant, le traitement est dit « moral » par opposition à un traitement physique. Ainsi, il vise à guider le patient aliéné « avec une main invisible » (Pinel, 1801). Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Pinel décrit le traitement moral en ces termes :

- *« Ce serait peut-être tomber dans le vague que de traiter d'une manière générale et uniforme pour tous les peuples la question de l'institution morale des aliénés par des coups et des châtimens corporels. Mais quelques effets favorables qu'on puisse attendre en général de la crainte appliquée à la guérison de la manie, la sensibilité vive du français et sa réaction violente contre tout abus révoltant du pouvoir, tant qu'il conserve une lueur de raison, ne doivent-elles point déterminer en sa faveur les formes de répression les plus douces et les plus conformes à son caractère? [...] Au contraire, des aliénés transférés dans l'hospice, et désignés à leur arrivée comme très emportés et très dangereux, parce qu'ils ont été exaspérés ailleurs par des coups et de mauvais traitements, semblent tout à coup prendre un naturel opposé, parce qu'on leur parle avec douceur, qu'on compatit à leurs maux, et qu'on leur donne l'espoir consolant d'un sort plus heureux. [...] mais je puis attester, d'après une observation assidue de deux années consécutives, que les mêmes maximes de la plus pure philanthropie président à la direction des aliénés de Bicêtre; que les gens de service, sous aucun prétexte quelconque, ne portent une main violente sur eux, même par représailles; que les gilets de force et la réclusion pour un temps très limité sont les seules peines infligées; et qu'au défaut du succès, par les voies de la douceur ou un appareil imposant de répression, un stratagème adroit produit quelquefois des cures inespérées. »*

Les idées de Pinel se sont rapidement répandues à travers l'Europe et même sur le continent américain qui en était alors au début de sa colonisation par les Européens. Cependant, c'est en Angleterre que le traitement moral a inspiré le plus les « aliénistes » de l'époque. Sir Samuel Tuke, un riche commerçant anglais ayant fait fortune dans le commerce du café,

était l'un des disciples de Pinel et il a financé la construction du « *The Retreat Mental Hospital* » en banlieue de Londres, en 1792. Il s'agissait alors du premier asile où des soins dits « médicaux » (basés sur le concept du traitement moral de Philippe Pinel) étaient offerts à des patients souffrant de maladies mentales. C'est également grâce à lui que cette nouvelle théorie a traversé l'Atlantique, portée par des pasteurs protestants appartenant à la secte des quakers, secte à laquelle adhérait la famille Tuke. Par ailleurs, Sir Tuke élaborait au début du 19^e siècle un code de déontologie bannissant les mesures de contentions (sauf dans des cas d'agitation extrême) et favorisant l'isolement comme mesure de remplacement pour favoriser la responsabilisation du malade. Même si nul ne pourrait remettre en question la progression fulgurante faite dans le traitement des patients psychiatriques grâce aux travaux de Pinel et de ces disciples, sa théorie a néanmoins été la victime de son propre succès, les hôpitaux asilaires n'étant plus en mesure de répondre à la demande croissante de services. Résultats : ceux-ci sont rapidement devenus surpeuplés avec les conséquences que l'on peut imaginer pour ces personnes. Petit à petit, la nécessité de « contrôler » les comportements de ceux-ci est redevenue matière à préoccupation. Cependant, personne ne voulait revenir aux chaînes et aux menottes de métal... C'est alors que les aliénistes anglais et américains de l'époque ont eu l'idée de concevoir des mesures de contentions plus « humaines ». Les camisoles de force, les chaises de coercition (chaise sur laquelle les personnes étaient contentonnées aux mains et aux chevilles et où un casque de bois leur couvrait les yeux), les lits de protection (lits étroits où la personne était attachée par la taille à un poteau de métal situé derrière lui) et les berceaux d'Utique (sorte de « cage » de bois ou de métal où la personne était enfermée pendant parfois plusieurs jours) ne sont que

quelques exemples de ces nouvelles méthodes de contrôle qui étaient en vogue dans les asiles occidentaux de l'époque (Colaizzi, 2005). Mais encore, un certain malaise persistait chez plusieurs aliénistes face à ces méthodes coercitives. En 1842, le Parlement britannique vote la « *Lunatic Asylum Act* » qui exige la tenue d'un registre précisant les heures d'utilisation de la contention et de l'isolement (Brower, 1991). Quelques années plus tard, en 1856, James Connolly (1794-1866), un aliéniste anglais qui travaillait au « *Retreat Mental Hospital* », va publier un article-choc intitulé « *The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraints* ». Sa thèse principale : il faut cesser l'utilisation des mesures coercitives énumérées plus tôt et n'en conserver que deux en cas d'extrême nécessité, soit la chambre capitonnée (mesure d'isolement) et les contentions « de lit » avec ses sangles aux membres et à la taille.

Ainsi, depuis un siècle et demi, bien des choses ont changé en psychiatrie, mais les mesures d'isolement et de contentions continuent de faire partie de l'arsenal thérapeutique, faute d'avoir trouvé mieux (Ozarin, 2001). Nonobstant, certains pays et états américains ont fait des pas de géants dans le développement de stratégies alternatives à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions, notamment par le biais de formations spécifiques visant la désescalade et de mesures législatives limitant leur utilisation (Strumpf & Tomes, 1993). Ce mouvement s'installe progressivement un peu partout en Amérique du Nord, où ces pratiques ne sont remises en question que depuis deux générations (Guirguis & Durost, 1978). C'est effectivement à la suite de procès retentissants intentés par des organismes de défense des patients psychiatriques et des défenseurs des droits civils (particulièrement aux

États-Unis) dans les années 1970 et 1980 contre des hôpitaux et des gouvernements que le problème entourant l'usage des mesures d'isolement et de contentions en est venue à être de notoriété publique. Depuis, de nombreux projets de loi ont tenté d'encadrer et baliser leur usage dans les milieux hospitaliers (Bower, McCullough, & Timmons, 2003), mais certains continuent de penser qu'il faut aller encore plus loin...

2.1 Prévalence de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu hospitalier psychiatrique

L'utilisation des mesures d'isolement et de contentions varie considérablement selon les milieux psychiatriques (Busch & Shore, 2000). Il est estimé que la proportion de personnes hospitalisées en psychiatrie qui sont isolées et/ou mises sous contentions fluctue entre 0 et 66 % et que la durée moyenne de l'application de ces mesures varie entre 10 minutes et 50,6 heures (Brown & Tooke, 1992; Steinert et al., 2010). Dans une étude américaine effectuée dans les années 1980 et qui comparait des établissements psychiatriques ayant un taux d'admissions et de congés comparables, ainsi que des règles identiques par rapport à l'utilisation des mesures coercitives, la proportion de patients isolés et restreints oscillait entre 0 % et 48 % et la durée moyenne se situait quant à elle entre 4,9 et 18 heures (Okin, 1985). Une autre étude américaine, plus récente, qui incluait les données de 23 établissements psychiatriques opérant avec les mêmes politiques et méthodes d'isolement et de contentions, indiquait que la proportion de patients isolés et restreints se situait entre 0,4 % et 9,4 % (Way & Banks, 1990). En Finlande, 1 543 dossiers d'admissions dans trois

grands hôpitaux psychiatriques du pays ont permis de démontrer que des mesures coercitives étaient appliquées chez 32 % des patients admis durant leur séjour intrahospitalier, peu importe la durée de ce dernier. Les contentions mécaniques étaient utilisées chez 10 % des patients et 8 % d'entre eux recevaient une médication sans leur consentement (contention chimique) (Kaltiala-Heino, Korkeila, Tuohimaki, Tuori, & Lehtinen, 2000). En Europe, Janssen et coll. (Janssen et al., 2008) ainsi que Steinert et coll. (Steinert et al., 2010) ont tenté de répertorier la fréquence des épisodes d'isolement et de contentions dans différents pays. Ils ont constaté une très grande variabilité entre ces derniers, et ce, malgré leur proximité géographique. En effet, on rapportait plus de 1500 utilisations de mesures coercitives pour chaque 1000 admissions en Belgique (en 1992), alors que le taux n'était que de 3,7 pour 1000 admissions aux Pays-Bas (en 2003). Pour les autres pays, les taux oscillaient entre 117 épisodes et 66 épisodes par tranche de 1000 admissions. Tout récemment, Raboch et coll. (Raboch et al., 2010) ont mené une étude dans 10 pays européens dans le cadre du projet EUNOMIA (« *European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice* »). Celle-ci a révélé que sur 2 030 patients admis contre leur gré, près de 38 % d'entre eux (soit 770) ont été mis en chambre d'isolement ou sous mesures de contentions. Ce pourcentage oscillait entre 21 % et 59 % selon les pays. Ces écarts s'expliquaient par de nombreux facteurs, notamment des variations dans les définitions des mesures coercitives selon les pays et des différences méthodologiques dans les études, pour ne nommer que ceux-là.

En Australie et en Nouvelle-Zélande, une étude commune réalisée en l'an 2000 sur l'utilisation des mesures coercitives dans 116 départements d'urgence de ces deux pays a

estimé le taux d'utilisation à 3,3 épisodes pour 1000 admissions à l'urgence. Les raisons justifiant leur usage étaient les comportements agressifs ou la menace de poser des gestes en ce sens (52 %), la psychose (32 %) et finalement le délirium, peu importe la cause sous-jacente (10 %). Dans 69 % des cas où les mesures de contentions étaient utilisées, une médication injectable était administrée concomitamment (Cannon, Sprivulis, & McCarthy, 2001). En 1994, Crenshaw et coll. (Crenshaw, Cain, & Francis, 1997) ont passé en revue l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions dans 124 hôpitaux psychiatriques à travers les États-Unis. Ils ont démontré que les méthodes de contentions les plus souvent utilisées sont les sangles de lit à la taille et aux membres (généralement en cuir -- 81 % des milieux ont font usage), suivi du fauteuil gériatrique (50 % des milieux), de la sangle de taille seulement (généralement en tissu -- 37 % des milieux) et de la camisole de force (seulement 18 % des milieux). Il importe de mentionner qu'aucune étude récente (depuis 1997) sur la prévalence du phénomène de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions n'a été publiée par le gouvernement américain (Glezer & Brendel, 2010).

La plupart des études ci-dessus mentionnées dressent un portrait général de l'utilisation des mesures coercitives indépendamment qu'il s'agisse d'hôpitaux de soins psychiatriques exclusivement, d'hôpitaux de soins généraux ayant un département de psychiatrie ou d'hôpitaux de psychiatrie légale. Cependant, une étude canadienne menée à la fin des années 1990 sur une période de trois ans s'est intéressé à la situation spécifique des hôpitaux de psychiatrie légale. Elle révélait alors que 183 patients (soit 27,7 % de toutes les admissions durant cette période) ont été mis en isolement à 306 reprises. La durée moyenne

des périodes d'isolement était de 90,3 heures. Une plus grande proportion de femmes étaient isolées (60 % versus 25 % pour les hommes). En tout, 65 % des patients ont été isolés au moins une fois durant la période de trois ans, 29,5 % de deux à quatre fois et 5,5 % plus de quatre fois. Les menaces suicidaires et les comportements automutilatoires justifiaient 27,4 % des épisodes d'isolement. Plus de 40 % de ces épisodes se produisaient chez des patients ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances, alors que les diagnostics de troubles psychotiques expliquaient 28 % des autres épisodes (Ahmed & Lepnurm, 2001).

En 2008, Beck (Beck et al., 2008) a démontré l'existence de trois trajectoires pour les patients hospitalisés sur des unités psychiatriques en ce qui a trait à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions. Dans le premier groupe (qui représente 71 % de tous les patients hospitalisés en psychiatrie), le recours aux mesures coercitives était de 0,15 épisode d'isolement/contentions par mois d'hospitalisation. Dans le deuxième groupe (22 % des patients hospitalisés), c'était 2 épisodes par mois. Cependant, le taux diminuait après les deux premiers mois pour se stabiliser à un épisode mensuel d'isolement et/ou de contentions par la suite. Finalement, dans le dernier groupe (7 % des patients hospitalisés), il était estimé que des mesures d'isolement et/ou de contentions étaient utilisées jusqu'à six fois par mois au début, suivi d'un déclin graduel de la fréquence jusqu'à 2 ou 3 épisodes après les deux premiers mois. Lors de leur hospitalisation, les patients du dernier groupe étaient 30 fois plus sujets à être désignés comme étant les instigateurs des incidents avec

blessures, et 75 fois plus sujets à subir des sévices physiques que les patients du premier groupe.

Comme on peut le constater, les différentes méthodes et politiques définissant l'usage des mesures d'isolement et de contentions font en sorte qu'il est difficile de comparer parmi toutes ces études leur taux d'utilisation avec précision. Cependant, il n'en demeure pas moins que la grande majorité des pays occidentaux continue d'utiliser ces mesures et que, sur une période d'un an, jusqu'à 35% des personnes hospitalisées en psychiatrie ont vu le personnel soignant utiliser des mesures coercitives à leur endroit. Ce taux grimpe à 65% si on prend une période de trois ans (Steinert et al., 2010).

2.2 Facteurs prédisposant à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions

Husum et coll. (Husum, Bjorngaard, Finset, & Ruud, 2010) ont démontré que le taux d'utilisation des mesures coercitives dans les unités de soins psychiatriques était influencé par trois grandes classes de facteurs, soient : (i) les facteurs propres aux patients, (ii) les facteurs découlant des caractéristiques du personnel soignant et (iii) les facteurs en lien avec les caractéristiques des unités de soins. Ainsi, ils ont repertorié trente-deux (32) unités de soins psychiatriques en Norvège et ont effectué une étude qui s'est échelonnée sur une période d'un an. Seuls les patients qui avaient été hospitalisés contre leur gré ont été retenus pour l'étude étant donné qu'il s'agissait d'un facteur maintes fois rapporté comme précipitant l'usage de mesures coercitives. Un échantillon de 1214 patients a finalement été constitué. Selon les unités, entre 0 et 88 % des patients ont été isolés et/ou mis sous

contentions. En tout, 35 % de ces patients ont été isolés et 10 % ont été mis sous contentions à un moment ou un autre. En ce qui concerne les caractéristiques des patients, un diagnostic de trouble psychotique (schizophrénie, trouble délirant, psychose toxique, etc.) était le meilleur prédicteur d'un recours éventuel aux mesures coercitives. Cependant, aucune variable associée aux caractéristiques sociodémographiques du personnel soignant ne s'est avérée être un bon prédicteur de leur utilisation. Quant aux caractéristiques des unités, celles situées en milieu urbain avaient davantage recours aux mesures d'isolement et de contentions que les autres, même lorsqu'on contrôlait pour les autres facteurs associés aux patients et au personnel soignant.

En 2009, Thomas et coll. (Thomas et al., 2009) ont tenté eux aussi de déterminer quels étaient les facteurs qui contribuaient à l'utilisation des mesures coercitives, mais cette fois-ci dans un hôpital de psychiatrie légale et en ciblant uniquement les caractéristiques propres aux personnes hospitalisées (sans prendre en considération les caractéristiques du personnel et du milieu clinique). Il s'agissait d'une étude rétrospective qui s'échelonnait sur une période de deux ans. En tout, sur les 193 admissions qu'il y a eu à l'hôpital durant cette période, 85 patients (44 %) ont été mis en isolement ou sous contentions durant leur séjour à l'hôpital. Il semble que plus les patients étaient jeunes (au-dessous de la moyenne d'âge qui était de 29,1 ans) et plus ils avaient des antécédents psychiatriques (tel qu'avoir été hospitalisé en psychiatrie ou consulté un psychiatre par le passé), plus ils étaient susceptibles d'avoir été sujets à ce que l'on utilise des mesures coercitives à leur endroit. Il en était de même pour les antécédents judiciaires et criminels (mesurés avec l'échelle du

« *Level of Service Inventory – Revised* » ou simplement LSI-R); plus le score à cette échelle était élevé, plus l'utilisation de mesures coercitives était probable. En combinant ces trois facteurs, l'aire sous la courbe ROC était de 0,74, ce qui donne un poids considérable aux facteurs individuels propres aux patients dans l'explication du phénomène de l'utilisation des mesures coercitives. Dans cet ordre d'idée, Knutzen et coll. (Knutzen, Sandvik, Hauff, Opjordsmoen, & Friis, 2007) ont tenté de déterminer les taux d'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie en fonction de l'âge, du sexe et de l'origine culturelle des patients. Les données ont été recueillies sur une période de deux ans et tous les patients admis n'étaient comptés qu'une seule fois. Sur 960 admissions rapportées, 14 % ont été soumis à des mesures d'isolement ou de contentions. En tenant compte uniquement du sexe des patients, il n'y avait presque pas de différence dans la prévalence d'utilisation entre les hommes (15,0 %) et les femmes (13,2 %). Pour ce qui est de l'âge, les différences sont encore une fois minimales lorsqu'on passe d'une décennie à l'autre jusqu'à l'âge de 60 ans (15,9 % de 18 à 29 ans, 14,1 % de 30 à 39 ans, 16,0 % de 40 à 49 ans et 15,2 % de 50 à 59 ans). Après 60 ans, la prévalence diminuait de plus de la moitié (6,8 %). Cependant, quand on considérait l'origine socio-culturelle des patients, on notait un écart substantiel entre les patients « autochtones » et les patients immigrants; ces derniers étaient isolés et/ou contentonnés 21,6 % du temps, alors que ce taux baissait à 12,9 % pour les non-immigrants. En 2004, Tunde-Ayinmode et coll. (Tunde-Ayinmode & Little, 2004) se sont intéressés eux aussi aux caractéristiques des patients admis sur une unité de soins psychiatriques aigus chez une clientèle adulte. Sur une période de 12 mois, ils ont dénombré pas moins de 450 admissions, dont 140 épisodes d'utilisation de mesures

coercitives (31 % des patients admis durant cette période). Les patients contentionnés ou mis en isolement étaient généralement plus jeunes (82 % avaient moins de 39 ans), souffraient davantage de schizophrénie (47 %) et étaient hospitalisés contre leur gré (90 %). Toujours par rapport aux patients souffrant de schizophrénie, Steinert et coll. (Steinert, Bergbauer, Schmid, & Gebhardt, 2007) ont démontré que l'exposition à des événements traumatiques dans le passé pouvait augmenter le risque de revictimisation et retraumatisation chez ces patients durant leur séjour à l'hôpital. En effet, 117 patients atteints de schizophrénie ont été suivis dès leur admission à l'hôpital et les événements traumatiques passés ont été revus directement avec eux ou par le biais de leur dossier antérieur en utilisant la « *Posttraumatic Diagnostic Scale* ». Les patients ayant vécu par le passé des événements traumatiques graves où leur vie a été en danger (tels que des tentatives de meurtres) étaient plus de 7 fois (OR = 7,2) plus susceptibles d'avoir été en isolement ou sous contentions durant l'hospitalisation en cours et même durant les hospitalisations passées.

En résumé, si on prend uniquement les caractéristiques propres aux patients hospitalisés, il semble exister un taux plus élevé d'utilisation de mesures d'isolement et de contentions chez les patients souffrant de troubles psychotiques par rapport aux autres pathologies psychiatriques (Mason & Woods, 1998), et plus particulièrement parmi les patients souffrant de schizophrénie (Betemps, Somoza, & Buncher, 1993). Cependant, les troubles de personnalité (Swett, 1994), la déficience intellectuelle (Lunsky et al., 2006), les syndromes cérébraux organiques (Steinert, Bergbauer, Schmid, & Gebhardt, 2007) ou les

troubles reliés à l'abus de substances (Miller, Abrams, Dulit, & Fyer, 1993) ont également été associés à l'utilisation accrue de mesures d'isolement et de contention. L'impact de l'âge des patients sur l'utilisation des mesures coercitives a également été étudié et il semble que les jeunes patients sont ceux qui ont été restreints et/ou isolés le plus fréquemment (G. M. Smith et al., 2005). Cependant, certaines études ont été incapables de faire un lien entre l'âge et le fait d'être contentonné ou mis en isolement (Brown & Tooke, 1992). En revanche, d'autres études semblent indiquer que malgré le fait que les jeunes patients ont plus tendance à être restreints et/ou isolés, les patients plus âgés le sont pour une période plus longue (Colenda & Hamer, 1991). Peu importe la façon dont on aborde la question, les données demeurent contradictoires. Et que dire de l'effet du genre des patients? Les mesures coercitives sont le plus souvent utilisées avec des patientes dans certaines études (Salib, Ahmed, & Cope, 1998), alors que d'autres prétendent que ce sont les patients qui sont le plus fréquemment contentonnés et/ou isolés (Carpenter, Hannon, McCleery, & Wanderling, 1988). Finalement, d'autres clament qu'il n'existe aucune différence entre les deux (Forquer, Earle, Way, & Banks, 1996).

En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques propre au personnel soignant en lien avec l'utilisation des mesures coercitives, tels que l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, la plupart des études ont produit des résultats contradictoires (Bowers et al., 2010; G. J. Jansen, Middel, Dassen, & Reijneveld, 2006). Il faut dire cependant que celles-ci sont moins nombreuses que celles portant sur les caractéristiques des patients. Par contre, le personnel rapporte souvent avoir été influencé par des facteurs reliés au fonctionnement

de l'unité, en particulier à la surcharge de travail, le manque d'intimité pour les patients (ce qui peut créer de la friction avec le personnel et les autres patients), ainsi qu'à un trop grand nombre de patients agités et bruyants simultanément sur une unité (de Cangas, 1993) dans sa décision d'utiliser ou non des mesures coercitives. Par exemple, Bowers (Bowers et al., 2009) s'est intéressé au concept de conflit sur les unités de soins psychiatriques. Il a défini d'ailleurs un conflit comme étant tout événement qui peut menacer la sécurité des patients et/ou du personnel soignant. S'appuyant sur des études précédentes qui ont démontré que trois facteurs émanant du personnel soignant influençaient la gestion de ces conflits soit : (i) l'attitude du personnel à l'endroit des patients, (ii) la gestion des émotions du personnel soignant lorsque les conflits se manifestent et (iii) la présence (ou l'absence) d'un cadre structurant en intrahospitalier (code de vie, activités quotidiennes, etc.), il a tenté de savoir lequel de ces facteurs est le plus significativement associé à l'utilisation (ou la non-utilisation) des mesures coercitives. L'étude a duré 6 mois et a été conduite dans plus de 130 unités de soins aigus à travers le Royaume-Uni. Après de multiples études de régression logistiques, il semblait que tous les facteurs énumérés précédemment étaient de bons prédicteurs de la survenue de conflits et de l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions sur les unités. Toutefois, celui portant sur le cadre structurant se démarquait clairement des autres et semblait avoir le plus grand impact. Bowers suggérait aux administrateurs de services de revoir l'organisation des soins en intrahospitalier afin d'intégrer des démarches de réadaptation (démarches dites « structurantes ») plus précocement à l'interne pour ensuite continuer le travail dans la communauté, si nécessaire. L'objectif était alors de diminuer la fréquence des admissions et par conséquent

l'exposition des patients et du personnel à des situations conflictuelles où les mesures coercitives pourraient être utilisées. En effet, des taux plus élevés d'utilisation de ces mesures ont été rapportés peu de temps après l'admission (El-Badri & Mellsop, 2002) et dans des hôpitaux de soins aigus comparativement aux hôpitaux de soins prolongés (Crenshaw, Cain, & Francis, 1997). Pour leur part, Ryan et coll. (Ryan & Bowers, 2006) ont étudié les notes du personnel infirmier se rapportant à l'utilisation de mesures coercitives sur une période d'un an sur dix unités de soins psychiatriques situées dans un même hôpital. En tout, 403 demandes d'utilisation de mesures coercitives ont été revues et étudiées, afin de comprendre dans quel contexte elles avaient été effectuées. D'abord, l'étude a fait ressortir que les épisodes d'isolement et de contentions se produisaient plus fréquemment en après-midi et en soirée que durant la matinée (60 % versus 23 %). Finalement, Happell et coll. (Happell & Harrow, 2010) ont effectué une revue de la littérature scientifique à l'aide de 28 articles publiés au cours des 20 dernières années sur les facteurs incitant les infirmières à utiliser des mesures d'isolement et de contentions en psychiatrie. Dans l'ensemble, on y apprend que la majorité des infirmières continuent de croire que les mesures coercitives sont encore nécessaires dans certaines circonstances et peuvent même avoir un effet thérapeutique pour les patients en proie à une désorganisation psychique sévère. L'étude souligne l'importance de l'attitude et de la perception de l'agressivité chez le personnel soignant, tout en insistant sur la nécessité de combiner d'autres facteurs à ces études, en particulier les facteurs organisationnels, puisque ceux-ci peuvent changer les attitudes et les perceptions de l'agressivité et vice-versa.

Les facteurs organisationnels tels que les divergences de philosophie entre les membres du personnel soignant en ce qui a trait aux traitements, la façon de rapporter les épisodes et le suivi qui est fait lorsque des mesures coercitives sont utilisées (surveillance constante, aux 15 minutes, aux heures, etc.), la présence ou l'absence de solutions de remplacement à l'utilisation de ces mesures, la disponibilité du personnel ainsi que le climat d'équipe dans les unités psychiatriques peuvent eux aussi avoir un impact sur la fréquence de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions (Fisher, 1994; Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009; Lendemeijer & Shortridge-Baggett, 1997). L'usage de telles mesures varie aussi d'un point de vue géographique (à l'intérieur d'un même état), et ce, en dépit du fait que les établissements aient des règles de fonctionnement et une clientèle similaire (Betemps, Somoza, & Buncher, 1993; Korkeila, Tuohimaki, Kaltiala-Heino, Lehtinen, & Joukamaa, 2002). Des taux élevés d'utilisation de mesures coercitives peuvent également indiquer qu'une culture malsaine (conflits entre les membres du personnel, manque de leadership, etc.) est prépondérante sur une unité de soins (Whittington, Baskind, & Paterson, 2006). Aux États-Unis, plusieurs milieux ont longuement été critiqués pour l'utilisation abusive de mesures d'isolement et de contentions, et désormais la réduction de l'utilisation de celles-ci est devenue l'objectif principal dans plusieurs états. Il en est de même au Royaume-Uni. Une étude récente effectuée par Fish et Culshaw (Fish & Culshaw, 2005) a constaté la divergence d'opinions entre le personnel et les patients à savoir si l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions avaient été utilisées en dernier recours. Le personnel interrogé a rapporté que ces mesures étaient toujours utilisées en dernier recours, alors que ce n'était pas l'opinion des patients. Paterson et Duxbury

(Paterson & Duxbury, 2007) ont fait valoir que les unités qui prétendaient que les contraintes étaient nécessaires et utilisées qu'en dernier recours le faisaient sans doute sans avoir pris la peine de découvrir la source ou le motif de l'agression, lesquels auraient possiblement pu empêcher leur utilisation.

En somme, les facteurs organisationnels et ceux relevant des caractéristiques du personnel soignant semblent être plus impliqués que l'on pourrait le croire à première vue dans le processus décisionnel menant à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en psychiatrie (Suen et al., 2006). Tout particulièrement, les différentes perceptions des membres du personnel par rapport à l'agressivité pourraient jouer un rôle crucial dans le fonctionnement et l'organisation d'une unité de soins et, par conséquent, sur la gestion de celle-ci et l'utilisation des mesures coercitives. Wynn avait d'ailleurs déjà mentionné en 2002 l'importance de considérer davantage l'ensemble de ces facteurs dans les études à venir sur le sujet (Wynn, 2002).

2.3 Conséquences reliées à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions

Ainsi, de nombreuses études nous ont permis de comprendre les facteurs prédisposant à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier. Simultanément, d'autres études ont davantage tenté de documenter les conséquences reliées à leur utilisation. Par exemple, en 1998, le « *Hartford Courant Journal* » a dénoncé les décès causés par l'utilisation inadéquate de mesures de contentions et a ainsi ouvert un débat sur le sujet aux États-Unis. Ce journal s'appuyait sur les résultats

d'une enquête menée entre 1988 et 1998 dans 30 états américains et qui avait constaté que 142 décès (surtout parmi des patients adultes hospitalisés en psychogériatrie et en psychiatrie aiguë, mais aussi chez de jeunes adolescents (Nunno, Holden, & Tollar, 2006)) étaient attribuables directement à l'utilisation de contentions. Parmi ceux-ci, 33 % étaient secondaires à de l'asphyxie et 26 % à l'aggravation d'une maladie cardiaque connue (Paul S. Appelbaum, 1999; Hem, Steen, & Opjordsmoen, 2001). Paterson et Duxbury (Paterson & Duxbury, 2007) ont rapporté qu'en utilisant une base de données sur les incidents graves rapportés volontairement par les cliniques et établissements de santé américains, « *The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)* » a mis en évidence 111 cas de décès ou de blessures graves reliés à l'utilisation de contentions sur un total de 2299 cas rapportés entre 1994 et 2004. À cause de ces risques, Stubbs et coll. (Stubbs, Yorston, & Knight, 2008) ont questionné l'application de mesures coercitives à certains groupes de patients, tels que des adultes plus âgés ainsi que ceux souffrant de lésions cérébrales acquises et ayant un taux plus élevé de handicaps physiques. Ils ont notamment recommandé d'obtenir l'opinion d'un physiothérapeute afin d'identifier tout risque de blessure éventuel. Une fois mise en application, cette mesure a permis de réduire le taux de blessures graves à moins de 1 % sur les 1427 épisodes d'utilisation de mesures coercitives sur une unité de patients souffrant de lésions cérébrales acquises (Stubbs & Alderman, 2008).

En 1999, en réponse au débat suscité par l'article-choc du « *Hartford Courant Journal* », le « *Health Care Financing Administration (HCFA)* » (HCFA, 1999) a instauré de nouveaux

critères relatifs à la protection du patient en ce qui a trait aux mesures d'isolement et de contentions. Cette révision de critères inclut les droits du patient d'être libéré de contraintes physiques ou chimiques qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont utilisées comme moyen de « contrainte, punition, commodité ou représailles de la part du personnel ». Presqu'au même moment, le JCAHO (JCAHO, 2000) réitérait que l'utilisation de mesures de contention n'est pas une forme de traitement du comportement et ne devrait être utilisée qu'en dernier recours pour maintenir la sécurité du patient et celle d'autrui.

Les mesures coercitives peuvent avoir des conséquences physiques graves pour les patients, mais également des conséquences psychologiques (Strout, 2010). En effet, plusieurs chercheurs ont confirmé que les usagers des services de santé mentale peuvent avoir une perception punitive de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions (Robins, Sauvageot, Cusack, Suffoletta-Maierle, & Frueh, 2005). Par exemple, la douleur et l'inconfort sont fréquemment rapportés par les patients durant l'application des contentions (Chien, Chan, Lam, & Kam, 2005). Wynn (Wynn, 2003) a d'ailleurs relaté que le séjour en établissement des patients était perçu de manière plus négative après l'utilisation de ces mesures. Ng et coll. (Ng, Kumar, Ranclaud, & Robinson, 2001) ont pour leur part constaté que ces derniers avaient l'impression d'avoir été littéralement « agressé » par le personnel soignant et que cela s'avérait une expérience à la fois pénible et traumatisante. Les patients peuvent également éprouver un sentiment de panique, de peur, d'impuissance, de colère et de frustration, de même qu'un sentiment d'injustice, lesquels peuvent être paradoxalement des déclencheurs d'agressivité (Fish & Culshaw, 2005). L'utilisation de ces mesures peut

engendrer aussi de « nouveaux traumatismes », particulièrement chez les patients les plus malades. En effet, une vaste étude menée auprès de 500 personnes souffrant de maladies mentales graves et ayant été exposées à des mesures coercitives a démontré un taux élevé de victimisation traumatique (de 51 à 98 %) et même de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (jusqu'à 43 %) (Cusack, Frueh, & Brady, 2004). Ces résultats ne sont pas surprenants quand l'on considère que les personnes souffrant de maladies mentales sévères sont, à la base, plus susceptibles de subir de nouvelles expériences traumatisantes ou iatrogéniques en milieu psychiatrique (Frueh et al., 2005). Autrement dit, l'utilisation de mesures coercitives peut se greffer à des expériences traumatisantes antérieures, et par conséquent, faire ressurgir des symptômes de TSPT ou d'une autre maladie mentale préexistante. Aux États-Unis, la « *National Association of State Mental Health Program Directors* », a déjà fait part de son inquiétude à ce sujet et les « *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* » ont d'ailleurs instauré des règles limitant l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions. D'autres organisations de la santé, notamment en Caroline du Sud et au New Hampshire, ont reconnu ces traumatismes et la nécessité de trouver des alternatives. Dans le même ordre d'idée, Bonner et coll. (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002) ont rapporté que l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions peut raviver des expériences traumatisantes antérieures telles que le viol et les abus physiques lors de leur enfance chez la moitié des patients qu'ils ont interrogés. Les patients de sexe féminin semblent être particulièrement vulnérables à subir un nouveau traumatisme et en particulier lorsque ce sont des hommes qui appliquent les mesures d'isolement et de contentions.

Une autre cause de détresse psychologique reliée à l'utilisation des mesures coercitives chez les patients souffrant de maladies mentales réside dans le fait qu'ils ont l'impression d'être punis. En effet, certains d'entre eux semblent croire que le personnel prenait plaisir à appliquer ces mesures (Sequeira & Halstead, 1997) et une phobie spécifique peut également se développer. Certains patients sur lesquels on avait utilisé des mesures d'isolement et de contentions avaient par la suite cessé de vouloir se faire traiter même lorsqu'ils réalisaient que leur état mental se détériorait, de peur d'être hospitalisés et donc de nouveau assujettis aux mesures d'isolement et de contentions. Il faut se rappeler que la plupart des patients sur qui ces mesures coercitives ont été utilisées n'étaient pas aptes à émettre leur opinion. L'utilisation répétitive des mesures d'isolement et de contentions peut être perçue comme une forme systématique d'abus, tant de la part des usagers que celle du personnel, et par conséquent être considérée comme étant possiblement illégale et ouverte à des poursuites pour atteinte aux droits du patient d'être traité dignement (Stubbs et al., 2009). Les patients développent également une perception négative des établissements de santé mentale, ce qui nuit à la création d'une alliance thérapeutique et à un impact négatif sur leur traitement (Steinert, Bergbauer, Schmid, & Gebhardt, 2007). Ces derniers rapportent éprouver des sentiments de honte et d'injustice, alors que d'autres se sentent abandonnés et négligés par le personnel (Holmes, Kennedy, & Perron, 2004).

Il ne faudrait pas perdre de vue que restreindre un patient agressif peut s'avérer une expérience traumatisante pour le personnel aussi (Moran et al., 2009). D'ailleurs, bien des professionnels du secteur de la santé éprouvent de la honte, de l'anxiété et ont justement

peur de léser les droits du patient lorsque vient le moment d'appliquer des mesures d'isolement et de contentions (Marangos-Frost & Wells, 2000). Cela peut également engendrer un nouveau traumatisme chez eux, en particulier pour les employés ayant vécu une expérience similaire auparavant, tels un viol ou de la violence physique (Clark et al., 2005). Dans leur sondage national, Lee et coll. (Lee et al., 2003) ont constaté que 3 % du personnel soignant a dû s'absenter pour cause de stress suite à de telles interventions. De plus, certains membres du personnel considèrent que cette expérience est humiliante pour eux (signe de faiblesse ou d'incompétence) et pour les patients. Sequeira et Halstead (Sequeira & Halstead, 1997) ont constaté que 76 % du personnel ressentait un malaise à la suite d'une intervention de la sorte. Les auteurs ont également mentionné que la principale préoccupation des infirmières était d'éviter qu'elles ne soient blessées ou que d'autres patients le soient. Les risques encourus par le personnel tentant de conduire un patient potentiellement agressif en salle d'isolement ou de le contentionner ont été reconnus bien avant le présent débat quant à l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie (Yellowlees, 1872). Parkes (Parkes, 1996) a d'ailleurs mené une enquête à ce sujet et a constaté que suite à l'implantation de mesures d'isolement et de contentions sur une unité où elles n'étaient pas disponibles auparavant, il y a eu une hausse des blessures infligées au personnel. Ceci a également été observé dans différents milieux, incluant ceux dispensant des soins psychiatriques à des adolescents (Bath, 1994). La colère peut également se manifester lors de ces interventions, surtout si un membre du personnel se fait blesser pendant le processus (Lancaster, Whittington, Lane, Riley, & Meehan, 2008). Dans de

telles conditions, il est impensable de s'investir dans une intervention de désescalade qui soit efficace et constructive.

L'usage de l'isolement seul, ou combiné à des mesures de contentions, n'élimine pas les agressions, les blessures ou les comportements autodestructeurs. Des études sur les effets thérapeutiques de l'isolement indiquent que l'opinion du personnel dans divers établissements diffère en ce qui a trait à leur efficacité et que plusieurs travailleurs estiment que l'utilisation de ces mesures a rarement un effet positif sur les patients. Cependant, certaines études affirment le contraire. Par exemple, des chercheurs ont constaté que la moyenne de l'évaluation des infirmières quant à ses effets thérapeutiques était de 7,3 sur une échelle de 10 points. Si le fait de considérer l'amélioration d'un comportement, c'est-à-dire une accalmie (prévention d'une escalade pouvant mener à un acting-out), comme étant un des bénéfices des mesures d'isolement, plusieurs études l'appuient (Bower, McCullough, & Timmons, 2003), mais il n'en demeure pas moins que même si ces mesures améliorent le comportement, cela demeure toujours une forme de renforcement négatif aux yeux des patients et de la majorité des professionnels de la santé (Grigg, 2006). Plusieurs patients, suite à une période d'isolement, réalisent que le meilleur moyen d'en éviter une autre est d'admettre son efficacité thérapeutique, et ce, même si cela n'est pas représentatif de ce qu'ils pensent réellement. Si l'efficacité thérapeutique est évaluée en observant l'état psychologique du patient isolé, il est clair que ce n'est pas une réussite. Dans les études où l'on a demandé aux patients ce qu'ils pensaient de leur expérience en isolement avec ou sans mesures de contentions, la plupart n'avaient que des commentaires négatifs. Les

patients non isolés (simplement témoins) partagent également ces opinions défavorables (Bower, McCullough, & Timmons, 2003). En tenant compte de cette majorité de données négatives, il est impératif d'un point de vue scientifique et éthique de mener des études contrôlées sur cette question, même si la faisabilité « pratique » de celles-ci amènent des défis méthodologiques (Glezer & Brendel, 2010).

2.4 Droits humains et dimensions éthiques entourant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions

Être la victime ou le témoin d'un geste agressif ou avoir la perception qu'un tel geste va survenir ne peut faire autrement que créer un sentiment de peur ou d'appréhension. Ainsi, un dilemme éthique peut surgir chez le personnel soignant en ce qui a trait à l'usage des mesures coercitives en psychiatrie : d'une part, il y a le besoin légitime de se protéger et de protéger autrui des comportements agressifs ou qui pourraient aller jusque-là. De l'autre, il y a l'obligation de soigner et d'aider le patient, à prime abord en réduisant le plus possible les conséquences indésirables découlant d'une hospitalisation (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2004, 2007; Cleary, Hunt, & Walter, 2010; Whittington, Bowers, Nolan, Simpson, & Neil, 2009).

La gestion des comportements agressifs en psychiatrie est une réalité clinique incontournable. Cependant, que l'on soit patient ou membre du personnel soignant, l'utilisation des mesures coercitives soulève bon nombre de questions déontologiques et éthiques (Wanda, 2010). Certaines de ces questions touchent les fondements mêmes de nos

sociétés de droit. À titre d'exemple, la Déclaration universelle des droits de l'Homme, promulguée par l'Organisation des Nations Unies (ONU, 1948), stipulait dans ces deux premiers articles :

- « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits [...], sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de tout autre situation.* »

Ces articles démontrent bien le conflit éthique fondamental en psychiatrie quand on soulève la question de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions : le fragile équilibre entre l'autonomie du patient et son droit à l'autodétermination, d'un côté, et de l'autre, le droit de ce dernier à la sécurité et au traitement découlant de sa pathologie (Prinsen & van Delden, 2009). Par exemple, on pourrait tenter de justifier l'utilisation des mesures coercitives en affirmant ce qui suit (Wertheimer, 1993): (i) les mesures de contentions peuvent encourager et améliorer l'autonomie à long terme du patient, (ii) les préférences « irrationnelles » (alors que le patient est en proie à la maladie) peuvent différer de ses préférences rationnelles (lorsque les symptômes de la maladie sont absents), (iii) le patient ayant subi un changement psychologique important (ex.. à la suite de dommages au cerveau, d'une expérience particulièrement éprouvante, ou d'un processus démentiel) doit être protégé de lui-même. Cependant, malgré la légitimité des motifs invoqués pour justifier l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions, les dangers liés à leur utilisation à des fins punitives ou à l'abus de pouvoir de la part du personnel soignant ne peuvent être passés sous silence (O'Brien & Golding, 2003). Le simple fait de souffrir d'une maladie mentale ne peut, en soi, signifier qu'une personne est incapable de s'occuper d'elle-même

ou de gérer ses biens (P. S. Appelbaum, 2006; Breeze, 1998). En revanche, il ne faut pas perdre de vue le besoin tout à fait légitime des membres du personnel de vouloir se protéger et de protéger les autres patients d'une unité de soins, ces derniers étant eux aussi fragiles et vulnérables d'un point de vue psychique.

En 1978, la Commission des droits de la personne des Nations-Unies a adopté une résolution qui visait la protection des patients hospitalisés pour des raisons de santé mentale. En 1991, soit plus de 10 ans plus tard, cette résolution a été promulguée officiellement. Selon le onzième principe de cette résolution :

- « Le recours aux mesures de contentions ou d'isolement contre le gré du patient ne sera utilisé que suivant des méthodes officielles approuvées par les établissements psychiatriques et seulement lorsque c'est le seul moyen valable de prévenir tout danger immédiat ou imminent que le patient s'inflige ou inflige à autrui des sévices, laquelle période ne sera prolongée au-delà de la période jugée nécessaire à ces fins. Toutes instances d'isolement et de contentions, leurs motifs ainsi que leur nature seront consignés dans le dossier médical du patient. Un patient restreint ou isolé sera détenu dans des conditions humaines et sera sous les soins et sous la surveillance régulière et vigilante de membres qualifiés du personnel. Son représentant, le cas échéant, sera avisé expressément de l'utilisation de telles mesures. »

En plus de la résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2005 un livre intitulé « *The Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation* », à titre de guide pour les législations sur la santé mentale à travers le monde. En référence à l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions, l'OMS recommande la création d'une législation nationale visant à s'assurer que les mesures d'isolement et de contentions ne soient utilisées qu'en dernier recours. Des infrastructures et des moyens devront être mis en place afin d'éviter

que ces mesures ne soient utilisées que dans le but de remplacer un encadrement inadéquat ou par manque de moyens. L'utilisation de mesures d'isolement ne devrait être permise que dans des établissements certifiés et, là aussi, les détails de ces mesures devraient être consignés dans un registre. En 2005, le Conseil européen a adopté une série de recommandations qui allaient dans le même sens (Jones & Kingdon, 2005).

Aux États-Unis, plusieurs états ont leurs propres lois et règlements concernant les mesures d'isolement et de contentions (Tardiff & Lion, 2008). Toutefois, la situation est compliquée par la différence de critères touchant leur utilisation des deux principaux organismes régissant les soins de santé, soit le « *Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* » et le « *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)* », lesquels supervisent les établissements subventionnés par le fédéral dans tous les états américains. De plus, un rapport intitulé « *The American Psychiatric Association (APA) Revised Task Force Report on Seclusion and Mechanical Restraint* » est toujours en voie de préparation depuis 2003. La fonction principale de l'équipe de l'« *APA Revised Task Force* » est de baliser les pratiques courantes, réviser les méthodes, de même que limiter la durée des mesures d'isolement et de contentions. Cependant, cette nouvelle équipe déterminera les critères d'utilisation de mesures de contention de manière plus large que le CMS et le JCAHO, lesquelles se limitaient à encadrer l'usage de mesures de contention dans des contextes de risques imminents (Tardiff & Lion, 2008).

Au Québec, deux nouvelles lois sont venues récemment modifier l'encadrement des mesures d'isolement et de contentions dans le domaine de la santé. La première, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (L.Q. 2002, c. 33), donne à d'autres professionnels que les médecins le droit de décider de l'utilisation de la contention. Quant à la deuxième, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (modifiant notamment l'article 118.1), elle renforce notamment le rôle du comité de gestion des risques dans les établissements en lui confiant certaines responsabilités qui ont un rapport étroit avec l'application des mesures coercitives (AHQ, 2000). En regard des orientations prévues par l'article de loi, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a dévoilé en décembre 2002 ses « Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques », accompagnées d'un plan d'action (2002-2005) (Morin & Leblanc, 2003). Deux colloques, l'un issu des milieux associatifs (Morissette & Québec, 2000), l'autre des établissements publics témoignent de son impact et de l'urgente nécessité de développer tout un nouveau corpus de connaissances. Dans son plan d'action, le Ministère encourage notamment les établissements à être novateurs et créatifs en développant des mesures de remplacement qui feront en sorte de diminuer significativement, voire d'éliminer, l'utilisation des mesures de contentions et d'isolement.

2.5 La problématique de l'agressivité en milieu intrahospitalier psychiatrique

Étudier le phénomène de l'agressivité en milieu psychiatrique est nécessaire quand on veut comprendre l'utilisation des mesures coercitives étant donné que la première justifie

souvent l'utilisation des secondes. Cependant, comme cela a été mentionné plus tôt, plusieurs des études sur le phénomène révèlent que ce sont les motifs d'agression « potentielle » ou « appréhendée » tels que l'agitation ou la confusion qui amènent le plus souvent le recours aux mesures d'isolement et de contentions (Brown & Tooke, 1992; Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila, & Lehtinen, 2003). Ainsi, nonobstant le fait que les décisions relatives à l'utilisation ou non de ces mesures sont influencées par des besoins rationnels, il n'en demeure pas moins qu'elles sont également influencées par les perceptions de l'équipe traitante quant à l'état du patient (est-il réellement agité?, qu'est-ce qui constitue réellement une menace verbale?) (Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009). En effet, Blumenthal (Blumenthal, Lavender, & Lavender, 2001) a examiné l'existence d'un lien entre l'agressivité et les troubles mentaux, et il en est venu à la conclusion que l'état d'esprit des patients n'est pas le seul facteur contribuant aux gestes agressifs. C'est plutôt le résultat d'une accumulation de réactions face aux contraintes et provocations de la part d'autres patients et parfois même de certains visiteurs externes, de l'application (ou non) des règles sur l'unité, des demandes non respectées des patients, des facteurs reliés au milieu tels que la surpopulation et le manque d'expérience du personnel quant aux techniques de gestion de crise, pour ne nommer que ces causes-là

Il est estimé que la prévalence des incidents violents chez les patients hospitalisés sur ces unités varie entre 6,1 % et 35,0 % (Grassi, Peron, Marangoni, Zanchi, & Vanni, 2001; Ruesch, Miserez, & Hell, 2003). Plus précisément, une étude américaine rapportait 2,54 incidents agressifs annuellement par lit par unité, comparativement à 0,73 incident sur les

autres unités d'hospitalisation (Reid, Bollinger, & Edwards, 1985). Sans surprise, les agressions commises à l'intérieur du système de santé touchent particulièrement les infirmières, car parmi tous les professionnels, ce sont celles qui sont le plus directement en contact avec les patients (Whittington, 2002). En Suisse, 72 % des infirmières œuvrant en milieu psychiatrique se sentent grandement menacées durant leur quart de travail et 70 % rapportent avoir été agressées au moins une fois au cours de leur carrière (Hahn, Needham, Abderhalden, Duxbury, & Halfens, 2006). Au Royaume-Uni, le « *Ward Watch Survey by Mental Health Charity* » a rapporté que 27 % des infirmiers et infirmières se sentent rarement en sécurité à l'hôpital. Les patients eux-mêmes ne sont pas en reste. Il est estimé que la moitié d'entre eux (49 %), qui sont présentement hospitalisés ou qui l'ont été récemment, ont été victimes de menaces verbales ou d'intimidation physique lors de leur hospitalisation de la part d'autres patients (Gilburt, Rose, & Slade, 2008). Une autre enquête britannique, menée cette fois-ci par « *The Royal College of Psychiatrists' National Audit of Violence* » a donné des résultats similaires en ce qui a trait à la victimisation des patients entre eux. Toutefois, pour ce qui touche le sentiment d'insécurité de la part du personnel infirmier, c'était près de 80 % qui se disaient avoir été victime de gestes agressifs alors qu'ils travaillaient. Toujours au Royaume-Uni, les coûts annuels moyens (si l'on considère seulement l'absentéisme au travail) découlant d'incidents violents dont ont été victime le personnel soignant des établissements psychiatriques dépassent à eux seuls les 72 £ millions (141 \$ CAN millions), alors que les sommes investies dans des programmes visant à limiter et prévenir ces altercations tournent autour de 106 £ millions (208 \$ CAN millions) (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2007). Ces incidents

néfastes peuvent engendrer une détresse psychologique importante et parfois des blessures physiques chez le personnel œuvrant en première ligne, en plus de contribuer à faire baisser leur motivation face au travail, à hausser le roulement et la pénurie de personnel dans plusieurs milieux (Needham, Abderhalden, Halfens, Fischer, & Dassen, 2005).

La survenue d'incidents violents ainsi que leur gestion doivent être considérées comme étant le produit de l'interaction de plusieurs facteurs. Il y a, d'une part, les facteurs reliés aux patients eux-mêmes (par exemple, leur psychopathologie) (Oster, Bernbaum, & Patten, 2001) et, d'autre part, les facteurs qui sont indépendants de ces derniers, tels que ceux reliés au milieu et aux caractéristiques du personnel soignant (par exemple, les caractéristiques de fonctionnement d'une unité de soins et celles du personnel) (Schanda & Taylor, 2001). Commençons d'abord par les caractéristiques propres aux patients. En 2006, Flannery et coll. (Flannery, Juliano, Cronin, & Walker, 2006) ont démontré, par la révision de près de 35 ans de littérature scientifique sur le sujet, que trois facteurs étaient les meilleurs prédicteurs d'agressivité, peu importe le type d'unité hospitalière où l'on se trouve. Ces trois facteurs sont : (i) des épisodes antérieurs de gestes agressifs et violents, (ii) avoir été soi-même victime de violence (victimisation) et (iii) le fait de consommer des substances illicites. En appliquant ces facteurs à des patients hospitalisés en psychiatrie (sur une période de 11 ans), ils ont calculé que 61 % des cas d'agression impliquaient la présence de ces mêmes facteurs chez les patients. En 2008, une étude italienne a tenté elle aussi de déterminer quels étaient les facteurs de risque de comportements violents spécifiquement dans des unités psychiatriques intrahospitalières. L'étude a été menée sur une période d'un

an et 374 admissions ont été répertoriées. Des données sociodémographiques ainsi que cliniques sur les patients et leur maladie ont également été recueillies à même leur dossier antérieur. Les symptômes aigus (ceux qui ont précipité l'admission) ont été répertoriés grâce à la « *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* ». La prévalence des comportements agressifs, tant l'agressivité verbale que physique, a été mesurée auprès du personnel soignant à l'aide de l'« *Overt Aggression Scale (OAS)* ». À la fin de l'étude, il semblait que le fait d'être un homme (plus de 75 % des cas d'agression physique et 62 % des cas d'agression), d'avoir un trouble d'abus ou de dépendance aux substances et d'avoir des symptômes positifs associés à sa maladie (hallucinations et délires) augmentait la probabilité d'avoir des comportements agressifs (tant physiques que verbaux) en cours d'hospitalisation. Concomitamment, plus le critère « hostilité-suspicion » était élevé au BPRS au moment de l'admission et plus le risque d'agression physique augmentait. Cependant, le meilleur facteur de prédiction de comportements agressifs en cours d'hospitalisation était le fait d'avoir déjà eu de tels comportements par le passé. En effet, 83 % des cas d'agression physique et 78 % des cas d'agression verbale survenaient chez des patients ayant déjà posé de tels gestes lors d'hospitalisations précédentes (Amore et al., 2008). En résumé, certaines caractéristiques semblent prédisposer à la survenue de comportements agressifs en milieu psychiatrique intrahospitalier, entre autres le type de pathologie, les antécédents d'agression, le fait d'avoir été admis contre son gré et les diagnostics d'abus ou de dépendance aux substances. De façon intéressante, ces mêmes facteurs reviennent quand l'on tentait de définir un peu plus tôt les facteurs prédisposant à l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie.

Les facteurs reliés aux caractéristiques des milieux d'hospitalisation et du personnel soignant en lien avec la fréquence des comportements agressifs sur les unités psychiatriques ont eux aussi été étudiés massivement au cours des dix dernières années. Si l'on prend les variables sociodémographiques se rapportant au personnel soignant, le sexe des travailleuses et des travailleurs et leur impact sur la survenue de gestes agressifs a été un champ d'études particulièrement florissant. Dans l'une d'entre elles (Carmel & Hunter, 1989), il a été estimé que le personnel infirmier masculin était deux fois plus sujet que le personnel féminin à être blessé lorsqu'un événement agressif survenait sur une unité de soins psychiatriques, et près de trois fois plus sujet à subir des blessures reliées à l'application ou l'utilisation de mesures de contentions et d'isolement. Cependant, d'autres études n'ont pas démontré de telles différences (Cunningham, McDonnell, Easton, & Sturmey, 2003). D'autres ont pour leur part révélé que plus le personnel était inexpérimenté, plus il était susceptible d'être agressé (Whittington & Wykes, 1996), ce qui laisse présager que l'association n'est pas aussi forte que l'on serait porté à croire. En 2001, Ng et coll. (Ng, Kumar, Ranclaud, & Robinson, 2001) se sont intéressés au lien entre le nombre de patients sur une unité psychiatrique et la survenue de comportements agressifs envers autrui. L'étude s'est échelonnée sur une période de 12 mois sur une unité dispensant des soins psychiatriques aigus. En tout, il y a eu 381 admissions et 58 incidents agressifs (25 cas d'agression verbale et 33 cas d'agression physique) qui ont été rapportés par le personnel travaillant sur place. Une régression logistique a démontré que plus le taux d'occupation des lits était élevé, plus le risque d'incidents agressifs était grand. Pour ce qui est de l'éducation et de la formation du personnel soignant, il semble qu'une formation

adéquate quant à la manière de réagir lors d'une situation menaçante peut entraîner une diminution de la fréquence et de la gravité des incidents agressifs (van Rixtel, Nijman, & Jansen, 1997). Les études à ce sujet s'entendent également pour dire qu'une atmosphère de travail négative sur une unité (organisation du travail, leadership, cohésion des membres de l'équipe, etc.) ainsi que la présence sur celle-ci de patients instables (par exemple, des patients en garde en établissement ou très peu collaborant) entraînent une exposition accrue aux gestes agressifs (Nijman, Merckelbach, Allertz, & a Campo, 1997).

Les dernières années ont vu l'émergence dans la plupart des juridictions nord-américaines et européennes d'une politique de tolérance zéro face à l'agression à l'intérieur du système de santé, que ce soit en psychiatrie ou ailleurs. Malgré certaines critiques (Grenyer et al., 2004; Whittington & Higgins, 2002), cette politique est dans l'ensemble bien acceptée puisqu'elle fait valoir la position légitime du personnel hospitalier à l'effet que sa sécurité est primordiale et qu'il ne devrait pas être en proie à la peur ou l'insécurité dans le cadre de leur travail (Beech, 2001). Un but non avoué de cette politique est aussi de convaincre les décideurs publics (et aussi privés selon les juridictions) d'établir des plans d'action afin de fournir aux hôpitaux les moyens nécessaires pour gérer et réduire l'impact des agressions. Pouvoir se sentir en sécurité ainsi qu'avoir confiance d'être en mesure de gérer une agression sont des préalables essentiels de toute interaction thérapeutique (Martin & Daffern, 2006). Sur le plan organisationnel, une plus grande vigilance s'impose également compte tenu d'un taux de roulement du personnel plus élevé et des admissions plus fréquentes. L'hôpital étant davantage un lieu de gestion de crises et de décompensations

aiguës (Thornicroft & Tansella, 2004), le taux d'admission augmente et la fréquence des incidents violents également, les deux facteurs étant corrélés positivement (Bowers et al., 2009).

2.6 Le rôle de la perception de l'agressivité et sa mesure

Jansen et coll. (G. Jansen, Dassen, & Moorer, 1997) ont émis l'hypothèse qu'une des raisons pouvant expliquer la différence entre le taux d'utilisation des mesures coercitives sur les unités de soins était reliée à la perception du personnel quant à ce qu'il considérait comme étant un incident agressif ou perturbateur. Ils ont donc créé la « *Perception of Aggression Scale* » (ou tout simplement POAS), une échelle de mesure de la perception de l'agression dans laquelle plusieurs gestes qui pouvaient potentiellement être qualifiés d'agressifs devaient être catégorisés comme étant soit « acceptables » ou « inacceptables » par les membres du personnel. Cette échelle a été soumise à des évaluations psychométriques rigoureuses qui ont démontré une structure à deux facteurs soit : d'une part, un geste agressif est inacceptable et, de l'autre, un geste agressif est « normal » ou « justifiable » dans certaines circonstances. Le premier facteur est représentatif d'un jugement moral négatif par rapport à l'agressivité en général alors que le deuxième traduit l'idée que celle-ci peut être un élément normal du comportement humain et peut être même saine. Il est possible que ces deux facteurs influencent l'évaluation des infirmières quant à l'usage des mesures coercitives en psychiatrie, certaines infirmières démontrant plus de tolérance face aux comportements agressifs et perturbateurs, ce qui fait qu'elles seront moins portées à recourir à des mesures de contentions et d'isolement. À titre d'exemple,

l'attitude du personnel face aux patients souffrant d'un trouble de personnalité a longuement été étudiée et il semble que les infirmières qui ont une attitude positive à leur égard sont plus en mesure de gérer leurs propres réactions lorsqu'elles sont confrontées à des comportements agressifs ou perturbateurs ou au non-respect des règles de l'unité (Bowers et al., 2002). Ces professionnels sont plus aptes à désamorcer des situations tendues et transformer les conflits potentiels en séance thérapeutique. Cependant, ceux qui ont une attitude moins positive semblent utiliser ces méthodes à des fins punitives ou à titre de « conséquence » lors d'un comportement indésirable, et d'imposer des règles plus sévères et rigides aux patients (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2004). En somme, il semble que la perception de l'agressivité (ses causes, ses conséquences) a une influence sur le comportement et la réaction du personnel soignant, c'est-à-dire la gestion des comportements agressifs. Arango et coll. (Arango, Calcedo Barba, Gonzalez, & Calcedo Ordonez, 1999) ont également constaté qu'un mauvais rapport entre les patients et le personnel était relié à l'agressivité; les patients perturbateurs étaient méfiants, hostiles, moins portés à respecter les règles, et moins portés à établir un bon rapport avec le personnel, créant ainsi un cercle vicieux.

Si une perception négative ou positive de l'agressivité peut avoir un impact sur la fréquence avec laquelle le personnel soignant va recourir aux mesures coercitives, le nombre de comportements agressifs sur une unité peut aussi moduler celle-ci. Même si cette variable peut sembler plus « quantifiable » à première vue, il n'en demeure pas moins que c'est la perception de ce qui est violent (et de ce qui ne l'est pas) qui va influencer le nombre de

gestes de cette nature que le personnel va rapporter (Brizer, Convit, Krakowski, & Volavka, 1987). Plus ces gestes sont perçus comme étant fréquents, plus l'on peut s'attendre à ce que l'unité fasse usage de mesures d'isolement et de contentions (Sailas & Wahlbeck, 2005). Dans cet ordre d'idée, Yudofsky et coll. (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986) ont voulu créer une échelle qui mesure strictement la perception de la fréquence de ces incidents violents et perturbateurs en milieu hospitalier. L'« *Overt Aggression Scale* » (ou OAS) cherchait à déterminer la fréquence de quatre catégories de comportements agressifs : (i) la violence verbale, (ii) la violence non verbale, (iii) la violence physique contre autrui et (iv) la violence dirigée contre soi-même. En créant l'OAS, les auteurs cherchaient à mesurer le nombre d'événements perturbateurs et agressifs ponctuels et non pas ceux qui s'inscrivent davantage dans une hostilité chronique ou « caractérielle » de la part des patients. Au fil des années, cette échelle s'est modifiée afin que son usage soit plus facile dans des contextes cliniques, mais les quatre facteurs principaux ont été préservés. Puis, en 1991, Sorgi et coll. (Sorgi, Ratey, Knoedler, Markert, & Reichman, 1991) ont modifié l'OAS originale pour ne conserver que quatre questions pour chacun des facteurs; on parlera alors de la « *Modified Overt Aggression Scale* » (MOAS ou OAS-M).

Les deux échelles mentionnées ci-dessus ont été abondamment utilisées dans la littérature scientifique des dernières années, mais aucune version française n'a été soumise à une analyse factorielle rigoureuse. D'ailleurs, les outils visant justement le calcul de la perception de l'agressivité et qui pourraient transcender les différentes langues et cultures sont peu nombreux (G. J. Jansen, Dassen, & Groot Jebbink, 2005; Needham, Abderhalden,

Dassen, Haug, & Fischer, 2004) et ceux qui existent s'inspirent déjà des deux échelles susmentionnées (G. J. Jansen, Middel, & Dassen, 2005), sans pour autant offrir les mêmes avantages quant à la concision des questions et leur nombre. Ce fait empêche donc une étude approfondie des variables perceptuelles dans la gestion des comportements agressifs en milieu intrahospitalier et l'utilisation des mesures coercitives, en plus de rendre difficile l'étude simultanée d'un maximum de facteurs, qu'ils soient organisationnels ou propres au personnel soignant, qui y sont reliés. Une telle étude permettrait éventuellement de faire ressortir les facteurs ayant la plus grande influence sur la façon de gérer ces comportements et, dans un deuxième temps, d'élaborer des modèles de soins pouvant se substituer à l'utilisation des mesures coercitives et ainsi répondre au dilemme éthique qu'elles soulèvent encore.

Chapitre III. La problématique

En somme, l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu intrahospitalier psychiatrique dépend de plusieurs facteurs, qu'ils soient reliés aux caractéristiques des patients, du personnel soignant ou même de l'organisation des soins sur une unité. La présence de comportements agressifs de la part des personnes hospitalisées amène un dilemme éthique chez le personnel, qui, d'une part, veut se protéger et protéger autrui de ces agirs (ou de comportements précurseurs) et, de l'autre, veut minimiser les conséquences négatives inhérentes à l'utilisation des mesures coercitives, tant pour les patients que pour les travailleurs. Il est donc primordial d'un point de vue éthique de continuer à étudier l'ensemble de ces facteurs décisionnels, en particulier ceux qui relèvent des caractéristiques du personnel et des facteurs organisationnels. En effet, ces derniers sont possiblement davantage modulables que ceux relevant des caractéristiques propres aux patients. En outre, la perception de l'agressivité pourrait être un élément-clé dans le processus décisionnel menant à la décision d'utiliser (ou non) des mesures d'isolement et de contentions et mérite d'être étudié plus à fond à l'aide d'outils pouvant transcender les différentes réalités socioculturelles.

Chapitre IV. Les objectifs de l'étude

Ce chapitre présente les objectifs spécifiques de l'étude.

Objectif 1 : Déterminer les facteurs ayant un impact sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions par le personnel soignant de première ligne (c'est-à-dire, ayant un contact direct et soutenu avec les patients malades tels que les infirmières et infirmiers, les préposés aux bénéficiaires et les éducateurs spécialisés) lors d'hospitalisations sur des unités de psychiatrie, et ce, en tenant compte des différents types de milieux de soins. Les facteurs explorés seront à la fois individuels et organisationnels et toucheront également la perception des gestes agressifs, une catégorie de facteurs peu étudiée jusqu'à maintenant sous l'angle de l'utilisation des mesures coercitives.

Objectif 2 : Effectuer une analyse factorielle de la version française des différentes échelles qui permettent de mesurer la perception de l'agressivité et de la fréquence des gestes agressifs en milieu hospitalier psychiatrique, en l'occurrence l'échelle du POAS et MOAS.

Chapitre V. Méthodologie

Ce chapitre présente les méthodes utilisées pour répondre à chacun des objectifs de l'étude. Pour chaque objectif, un cadre méthodologique précis a aussi été décrit dans chacun des deux articles.

Cadre méthodologique pour l'objectif 1 : Trois cent neuf (n = 309) membres du personnel soignant travaillant en milieu psychiatrique intrahospitalier (infirmiers (ères), éducateurs spécialisés et préposés aux bénéficiaires) ont été recrutés dans huit établissements psychiatriques du Québec, soit un hôpital de psychiatrie générale (n = 59), un hôpital de psychiatrie légale (n = 67), trois départements psychiatriques affiliés à des hôpitaux universitaires (n = 114) et trois hôpitaux situés à l'extérieur des grands centres urbains (n = 69). Les participants devaient être âgés d'au moins dix-huit ans, devaient avoir au moins une année d'expérience en psychiatrie et devaient travailler plus de vingt heures par semaine dans une unité de soins psychiatriques pour être admissibles à l'étude (Erickson, 2000).

La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire (**voir annexe V-1**) et s'est déroulée du mois d'avril 2008 au mois d'avril 2009. Le consentement écrit de tous les participants a été obtenu pour la participation à l'étude et pour la constitution d'une banque de données (**voir annexe V-2**). Une vérification afin d'évaluer la stabilité temporelle des résultats a été effectuée sur un échantillon (n = 48) de septembre à novembre 2008, soit de quatre à six mois après la distribution du premier questionnaire. Les données

sociodémographiques ont été recueillies grâce aux questions de « L'enquête sociale et de santé du Québec » et le niveau de détresse psychologique a été mesuré à l'aide de « L'indice de détresse psychologique de Santé Québec » (Boyer, Preville, Legare, & Valois, 1993). La perception des comportements agressifs ainsi que la perception de leur fréquence ont été évaluées respectivement avec la « *Perception of Aggression Scale* » (POAS) (G. Jansen, Dassen, & Moorer, 1997) et la « *Modified Overt Aggression Scale* » (MOAS) (Sorgi, Ratey, Knoedler, Markert, & Reichman, 1991; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986), cette dernière ayant été légèrement modifiée afin d'y intégrer une échelle de Likert. Le climat d'équipe et les facteurs organisationnels ont été évalués grâce au « *Group Environment Scale* » (GES) (Moos, Shelton, & Petty, 1973). Il y a également eu un recensement des différentes formations en gestion de la violence en milieu de travail suivies par les membres du personnel au cours de leur carrière et des différentes mesures de sécurité offertes dans chaque hôpital. Finalement, chaque participant devait rapporter le nombre total d'épisodes d'isolement et de contentions au cours des deux dernières semaines, durant leurs quarts de travail.

Cadre méthodologique pour l'objectif 2 : Trois cent soixante-deux (n = 362) membres du personnel soignant travaillant en milieu psychiatrique intrahospitalier ont été recrutés dans huit établissements psychiatriques du Québec, soit un hôpital de psychiatrie générale (n = 73), un hôpital de psychiatrie légale (n = 79), trois départements psychiatriques affiliés à des hôpitaux universitaires (n = 136) et trois hôpitaux situés à l'extérieur des grands centres urbains (n = 74). Les participants devaient être âgés d'au moins dix-huit ans, devaient

avoir au moins une année d'expérience en psychiatrie et devaient travailler plus de vingt heures par semaine dans une unité de soins psychiatriques pour être admissibles à l'étude (Erickson, 2000). La collecte de données s'est faite à l'aide d'un questionnaire (**voir annexe V-1**) et s'est déroulée du mois d'avril 2008 au mois d'avril 2009. Le consentement écrit de tous les participants a été obtenu pour la participation à l'étude et pour la constitution d'une banque de données (**voir annexe V-2**). Une vérification afin d'évaluer la stabilité temporelle des résultats a été effectuée sur un échantillon (n = 48) de septembre à novembre 2008, soit de quatre à six mois après la distribution du premier questionnaire.

La perception de l'agressivité a été mesurée à l'aide de la « *Perception of Aggression Scale* » (POAS) (G. Jansen, Dassen, & Moorer, 1997). Cette dernière comporte douze questions et comporte une échelle de Likert en cinq points (de « Tout à fait d'accord » à « Tout à fait en désaccord ») (Abderhalden, Needham, Friedli, Poelmans, & Dassen, 2002; Palmstierna & Barredal, 2006). Des analyses factorielles effectuées précédemment dans d'autres études mettaient en évidence une structure de deux ou trois facteurs. Une traduction en français a été effectuée d'abord. Puis, deux traducteurs indépendants ont retraduit le tout en anglais (langue d'origine), puis en français de nouveau. La perception de la fréquence des comportements agressifs a pour sa part été évaluée avec la « *Modified Overt Aggression Scale* » (MOAS) (Sorgi, Ratey, Knoedler, Markert, & Reichman, 1991; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986). Cette dernière avait été légèrement modifiée afin d'y intégrer une échelle de Likert qui allait de « Jamais » à « Tous les jours ».

Finalement, une matrice de corrélations pour chacune de ces échelles a été effectuée à l'aide d'une analyse en composante principale, suivie d'une rotation oblique. Le nombre de facteurs a été déterminé à l'aide de graphiques du coude (« *scree plot* ») et des valeurs propres (« *eigenvalues* ») trouvées. Puisque les résultats pouvaient être différents selon que l'on utilise l'une ou l'autre de ces méthodes, le choix final à savoir laquelle des deux valeurs allait être choisit dépendait du potentiel d'interprétation de l'une par rapport à l'autre. Une rotation oblique a aussi été choisie étant donné qu'un certain niveau de corrélation était attendu. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SPSS, version 15.

Les données suivantes ont été recueillies dans le cadre d'un projet de recherche multicentrique. Pour les besoins spécifiques de ce mémoire, les variables suivantes ont été retenues : le sexe des participant(e)s, leur âge, leur origine ethnoculturelle, leur titre d'emploi (infirmier/ère, préposé(e) aux bénéficiaires et éducateur/trice spécialisé(e)), leur statut d'emploi (temps plein ou temps partiel), le nombre d'années d'expérience en milieu psychiatrique, leur niveau de scolarité, le fait de pratiquer ou non leur religion, leur niveau de détresse psychologique, leur perception des comportements agressifs ainsi que la perception de leur fréquence, le climat d'équipe et les facteurs organisationnels en milieu de travail. C'est le comité d'éthique de la recherche (CÉR) du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H.-LaFontaine a été désigné CÉR principal. Toutefois, le projet a quand même été soumis et approuvé par chacun des CÉR locaux. Les risques inhérents à la participation à l'étude ainsi que les mesures prises afin d'assurer la

confidentialité ont été explicités dans le formulaire de consentement dûment rempli par chaque participant de l'étude (**voir annexe V-2**). Un suivi minutieux de la collecte de données a été effectué par le candidat et une demande de renouvellement du projet a été acheminée à tous les 6 mois au CÉR principal. Ce renouvellement a été accordé à chaque fois et aucun incident majeur n'a été rapporté, tant durant la distribution des questionnaires, la constitution de la base de données et l'analyse des données ayant mené à l'écriture des deux articles susmentionnés. Un cours d'éthique obligatoire (MMD 6005) a également été suivi et réussi par le candidat, conformément au règlement pédagogique de la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences biomédicales.

Chapitre VI. Résultats de l'étude

Ce chapitre du mémoire présente les résultats des deux premiers objectifs sous forme d'articles scientifiques. Les résultats du dernier objectif sont présentés sous forme d'une discussion récapitulative qui intègre également des éléments des deux articles ci-dessus mentionnés. Ce choix a été autorisé par la Faculté des études supérieures et l'ensemble des coauteurs (**voir annexe VI-1**).

Le premier article répond au premier objectif de l'étude en ce qui a trait aux facteurs contribuant à l'utilisation des mesures d'isolement et de contention en milieu intrahospitalier psychiatrique. Il a été accepté pour publication à la revue *Psychiatric Services* pour une accessibilité internationale des résultats.

Le deuxième article répond au deuxième objectif de l'étude en ce qui a trait à l'analyse factorielle de la version française de deux échelles utilisées dans l'évaluation de la perception des comportements agressifs en milieu de travail, soit le POAS et la MOAS. Il a été soumis pour publication dans la revue *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

6.1 TITRE: Les facteurs prédictifs de l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions sur les unités d'hospitalisation en psychiatrie : la perspective du personnel soignant

« Predictors of Seclusion and Restraints Measures on Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff Perspective »

Auteurs : Luigi De Benedicits, M.D., Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph.D. (Candidat), Nida Sieu, M.D., Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.Sc., Geneviève Létourneau, M.D., Minh-Anh Tran, M.D., Irena Stikarovska, M.D., Mathieu Bilodeau, M.Mus., M.D., Sarah Brunelle, M.D., Gilles Côté, Ph.D., Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Sous presse à la revue *Psychiatric Services*.

Predictors of Seclusion and Restraints Measures on Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff

AUTHORS :

Luigi De Benedictis, M.D.^{1,3}

Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph.D. (candidate)^{1,2,3}

Nida Sieu, M.D.^{1,3}

Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.Sc.³

Geneviève Létourneau, M.D.^{1,3}

Minh-Anh Tran, M.D.³

Irena Stikarovska, M.D.³

Mathieu Bilodeau, M.Mus., M.D.³

Sarah Brunelle, M.D.³

Gilles Côté, Ph.D.^{1,2,3}

Alain Lesage, M.D., M.Phil.^{1,3}

Corresponding author:

Dr. Luigi De Benedictis

Louis-H.-LaFontaine Hospital/Fernand-Seguin Research Center

7401 Hochelaga Road, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5

¹Fernand-Seguin Research Center/Louis-H.-LaFontaine Hospital (Montreal, Quebec)

²Philippe-Pinel Institute (Montréal, Québec)

³University of Montreal (Quebec, Canada)

Abstract:

Context: Seclusion and restraint are measures for managing aggression and disorganized behaviour, but their use raises several concerns. A number of factors have been shown to be involved in decisions on whether or not to use such restrictive measures. The purpose of this study is to conduct an examination from the staff perspective of the organizational and staff factors that may be associated with increased risk of recourse to seclusion and restraint in psychiatric wards.

Method: Three hundred and nine (n = 309) staff members (nurses, rehabilitation instructors and nurse's aides) were recruited from eight university psychiatric hospitals and general-hospital psychiatric units in the province of Quebec who intervened with patients presenting severe mental disorders. Sociodemographic data, psychological distress, perception of aggression, interaction between members of the psychiatric team, and organizational factors were assessed.

Results: Bivariate analyses show that aspects of the team climate, the perception of aggression and some organizational factors are linked to more frequent recourse to seclusion and restraint. The final multivariate model shows that the following factors independently predict to greater use of seclusion and restraint: the type of hospital ward (emergency and intensive care); greater expression of anger and aggression among staff members; perceptions of the frequency of incidents of physical aggression against the self; and the perception of insufficient protection measures in the workplace.

Conclusions: To our knowledge, this type of research has never been done before. These findings represent the first stage of a research program aimed at reducing recourse to seclusion and restraint in psychiatry. They underscore the importance of evaluating a variety of factors, including perceptions of safety and violence, when exploring the reasons these controversial interventions are used.

Key words: seclusion and restraint, aggression, psychiatric ward, front-line staff, perception, organization

Declaration of interest (for all eleven authors):

Financial support: None.

Competing interests: None.

Introduction:

Robert Fleury's painting shows Philippe Pinel ordering the shackles removed from the inmates at the Bicêtre Hospital, sparking a revolution in the treatment of people with mental illness (1). Two hundred years later, the use of seclusion and restraint in psychiatry still raises concerns. Seclusion is considered a therapeutic measure to isolate individuals and limit their contacts with their peers; seclusion with restraint involves the additional application of mechanical physical restraints. Some professionals defend their use as a necessary intervention, considering that 16% of inpatients in psychiatric units demonstrate aggressive behavior during the first week of hospitalization and that 7% of persons with a mental disorder have perpetrated violence in the following year (compared to 2% in the general population) (2). Aggressive behavior affects the physical and psychological health of psychiatric nursing staff (3), leading to increased sickness absence and low morale (4). After violent incidents, many staff victims remain fearful and report less satisfaction in their work (5). The reported incidence of seclusion without restraint in psychiatric settings ranges between 4% and 44% in the adult population (6), while the prevalence of seclusion with restraints varies from 4% (7) to 12% (8). Nearly 24% of all patients admitted to a psychiatric emergency room require restraint or a combination of seclusion and restraint for a variety of reasons (9). However, many staff members strongly object to its use; regarding it as a violation of the patient's right to freedom and dignity (10), they experience shame and express the fear that they are abusing a patient's rights when they have to initiate an seclusion and restraint procedure (11). The interventions also result in patients developing negative perceptions of the mental-health facility, thus weakening the therapeutic alliance

and negatively affecting treatment compliance (12). These procedures are furthermore associated with negative physical consequences for patients; including lacerations, asphyxiation and even death (13). Some patients describe the experience of seclusion and restraint as similar to physical abuse and rape (14).

According to the most recent literature, although a decision to use seclusion and restraint is based on rational needs, it may be influenced by a number of external factors, including the healthcare workers' psychological state of mind and personal perceptions of violence, the patients' characteristics, and organizational variables (15-17).

Several studies have assessed organizational and staff predictors of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings both separately (16, 18, 19) or by combining them (20-23). However, to our knowledge, no study has focused on perception of aggression as a predictor while considering other important ones simultaneously. The goal of this study was to determine which are the most accurate predictors of seclusion and restraint use on psychiatric wards. Their use has come under scrutiny in psychiatric care settings in the last few decades (24, 25), and the current research is in the line of all the larger projects aimed at reducing recourse to seclusion and restraint.

Methodology:

Participants:

Three hundred and nine (n = 309) staff members (nurses, rehabilitation instructors and nurse's aides) were recruited from eight university-affiliated hospitals in the province of Quebec: one general psychiatric hospital (n = 59), one forensic hospital (n = 67), three

psychiatric departments of general teaching hospitals ($n = 114$), and three suburban hospitals ($n = 69$). For inclusion in the study, the participants had to be at least 18 years old, have at least one year of work experience in psychiatry, and work more than twenty hours a week on a psychiatric ward (26). All participants provided written informed consent, and all local Institutional Review Boards approved the project. Data collection took place from April 2008 to April 2009. A retest to evaluate the temporal stability of the measure was administered to a participant subsample ($n = 48$) between September and November 2008.

Questionnaire:

SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

Scales drawn from the Quebec Social and Health Survey were used to collect sociodemographic and work related data. Psychological distress was measured with the Quebec Psychological Distress Index (27-29). The total score was shown to be an efficient discriminative tool (27). For our data, the total score shows good internal consistency ($\alpha = .89$) and temporal stability in the test-retest (Pearson $r = .57$).

TEAM CLIMATE

Team climate was evaluated by the Group Environment Scale (GES) (30), a standardized tool that has been translated into French and validated (31). The scale comprises ten nine-item subscales measuring different aspects of team climate. Six subscales have good internal consistency (α between .67 and .88) and temporal stability (Pearson r between .57 and .79 for the test-retest): team cohesiveness, leader support, tolerance for self-discovery, guidance in performing tasks, expression of anger and aggression within the team, and

order and organization. Two subscales have a lower level of internal consistency ($\alpha = .57$ and $.58$) and good temporal stability (Pearson $r = .68$ and $.72$ for the test-retest): freedom of speech and leader control. The last two subscales show the weakest psychometric properties: tolerance of independence ($\alpha = .30$; $r = .53$) and tolerance for innovation ($\alpha = .56$; $r = .22$).

PERCEPTION OF AGGRESSION & FREQUENCY OF AGGRESSIVE INCIDENTS

Perception of aggression was measured with the Perception of Aggression Scale (POAS) (32), a twelve-item instrument using a five-point Likert scale (from “strongly disagree” to “strongly agree”) (33, 34) to assess staff perceptions of aggressive behavior. Previous factor analysis revealed a two-factor structure: aggressiveness is dysfunctional/undesirable, and aggressiveness is functional/comprehensible. The POAS was translated into French. The internal consistency and temporal stability were good: $\alpha = .84$ and $.85$ and Pearson $r = .73$ and $.52$ respectively for each subscale.

The perceived frequency of aggressive incidents (verbal, non-verbal, physical toward self, and physical toward others) was measured on a five-point Likert scale (from “never” to “daily”) using a modified version of the Overt Aggression Scale (OAS) (35). The internal consistency was good: α between $.84$ and $.89$ for each subscale. The temporal stability was good for the verbal and non-verbal scales ($r = .76$ and $.77$ respectively) but lower for physical aggression toward the self and toward others ($r = .37$ and $.43$ respectively).

ORGANIZATIONAL FACTORS

The research team drew up questions about the availability of an aggression protocol and whether or not it was followed; whether there were sufficient safety measures and their description; their perception of their safety at work; and the type of violence-management training program followed. The majority of psychiatric staff in Quebec have taken the Oméga Crisis Prevention Training Program (36). Finally, the type of psychiatric unit (hospitalization versus intensive care unit/emergency room) and the hospital setting (teaching versus non-teaching milieu) were assessed.

SECLUSION & RESTRAINT MEASURES

Prevalence was assessed by asking each participant how often the team had used seclusion and restraint in the previous two weeks. Groups were compared on the basis of the median value (two or more seclusion and restraint episodes (high users) in the past two weeks versus less than two (low users)). This categorization shows moderate temporal stability (Kappa = .585 for the test-retest) (37) indicating that variations in seclusion and restraint use are probably due to changing patients and staff.

Data analysis:

Statistical analyses were performed with SPSS software, version 17. Bivariate analyses were conducted using the chi-square test for the categorical variables and the Student's t-test for continuous ones to compare high and low seclusion and restraint users. The multivariate model was then completed to evaluate independent predictors of greater

recourse to seclusion and restraint. Four different models were created, and a final multivariate model was completed with variables significant at $p \leq .1$. Each of the variables in the bivariate analyses with a p-value less than or equal to .25 was included in the multivariate analyses to elicit significant independent predictors of seclusion and restraint in psychiatric wards. Different models were evaluated, starting with the sociodemographic variables, followed by team climate, perception of aggression and aggressive incidents, and organizational factors. Each subsequent model retains the significant variables (based on a cut-off of $p \leq .1$) from the previous one. To control for the confounding impact of certain variables (higher level of aggression or agitation), the type of unit (intensive care units/emergency room vs. hospitalization) and the hospital setting (teaching vs. non-teaching) were entered into every model (38-41). Finally, the goodness of fit of each model was assessed by the receiver operating characteristic (ROC) curve. The level of discrimination was determined by the area under the curve (AUC) and, following Hosmer and Lemeshow (42), discrimination was deemed acceptable at values between .70 - .79, excellent between .80 - .89, and outstanding at values over .90.

Results:

SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

The bivariate analyses show no significant differences for sociodemographic and work related variables (Table 1). Psychological distress was not associated with greater recourse to seclusion and restraint either. The multivariate first model using logistic regression

(Table 4) shows that, none of these variables was a significant predictor of the use of seclusion and restraint. This model did not reach an acceptable level of discrimination.

TEAM CLIMATE

Bivariate analysis reveals no significant differences for most of the GES subscales (Table 2). However, there is a significant association between the use of seclusion and restraint and the subscales of order and organization and greater expression of anger and aggression. The multivariate second model (Table 4) shows that the total scores on the subscales of tolerance for innovation and the expression of anger and aggression were significant predictors of greater recourse to seclusion and restraint. This model reached an acceptable level of discrimination.

PERCEPTION OF AGGRESSION & FREQUENCY OF AGGRESSIVE INCIDENTS

The POAS subscale of aggression as dysfunctional is significantly associated with a higher level of seclusion and restraint utilization (Table 2); there is no association with the subscale for aggression as functional. With regard to perceptions of the frequency of aggressive incidents (OAS modified), there is a significant link between a higher score (more aggression) on the four subscales and greater recourse to seclusion and restraint. The multivariate third model (Table 4) shows that only physical violence against the self remains a significant predictor of greater recourse to seclusion and restraint. This model reached an acceptable level of discrimination.

ORGANIZATIONAL FACTORS

Bivariate analysis shows an association between the type of violence-management program and seclusion and restraint use (Table 3). A trend was found for the perception of the adequacy of safety measures. Type of unit and hospital setting are associated with more seclusion and restraint utilization, and the former is a significant predictor in all the multivariate models.

FINAL MODEL:

Controlling for unit type and hospital setting, the final multivariate model (Table 4) shows that greater expression of anger and aggression among staff members and perceptions of a higher level of physical aggression against the self are significant independent predictors of greater recourse to seclusion and restraint. There is another trend as well with respect to perceptions of the adequacy of safety measures: perceptions of a sufficient level of such measures reduce recourse to seclusion and restraint. This model was the most parsimonious one and reached an acceptable level of discrimination.

Discussion:

The purpose of this study is to explore staff-related and organizational predictors of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings from the perspective of the care providers. Increased risk of recourse to seclusion and restraint is linked to the type of hospital ward (emergency room and intensive care unit), greater expression of anger and aggression among team members, perceptions of the frequency of incidents of aggression

against the self, and the perception of insufficient protection measures in the workplace. These findings underscore the importance of evaluating multiple factors (15), such as violence and safety perceptions, when exploring the reasons for recourse to seclusion and restraint.

In contrast to other studies on the subject, our research did not find that staff sociodemographic characteristics provide a valid basis for predicting the use of seclusion and restraint. Staff educational level, type of work, and gender (43) have been found to affect the prevalence of seclusion and restraint in psychiatric wards and the incidence of violent behaviors in general (44). Experienced staff members are generally considered to calm patients more effectively and report less recourse to seclusion and restraint than less experienced staff (6, 45). The findings of studies on gender and the likelihood of being the victim of a violent attack (45) are contradictory, a fact which may explain why the present study found no difference in recourse to seclusion and restraint by gender. Furthermore, while other studies found a cultural bias for seclusion and restraint use, ours does not.

The Second Model assesses the importance of team climate in managing seclusion and restraint. Two subscales are positively correlated with increased use. Greater expression of anger and aggression (GES7) turned out to be a predictor of seclusion and restraint in the final model. Indeed, it is easy to conceive that a psychiatric ward where the expression of anger and aggressive behavior is more common among staff members would give rise to more seclusion and restraint. What does this finding tell us about team climate and work

satisfaction? Staff that are more satisfied with their hospital setting and their team climate perceive lower rates of aggression (45), likely because of proper management and support by colleagues and administrative personnel when aggressive events take place on their shift. Many of the staff who work in psychiatric wards feel socially pressured to “control” patients who have lost their rational capacities (46), but some, who consider seclusion and restraint demeaning to the patient and contrary to the principles of autonomy and care, may feel conflicted. Appropriate management of anger and aggression by the members of the team creates a sense of security and can help reconcile the balance between therapeutic interventions and the need to control the patients. In the long run, the anxiety of some staff regarding aggressive behavior might be alleviated if it is perceived as being part of the mental disorder and handled with more tolerance. To sum up, these findings further underscore the point that the prevalence of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings appears to be influenced more by team climate and organizational variables than by individual factors.

The scales used to measure the perception of aggression and the frequency of aggressive incidents shed further light on the management of seclusion and restraint. The results for the POAS subscale indicate that when violence is perceived as dysfunctional, these measures are resorted to more frequently. The results of the OAS subscales show that, controlling for unit type, perceived violence of whatever nature predicts to more seclusion and restraint use in the past two weeks. Taken together, these findings may mean that the fears provoked by psychiatric patients as to the irrationality of aggressiveness affects front-

line workers on the wards and the way they manage seclusion and restraint. As Foster (18) shows, in managing incidents of aggression, staff are motivated to apply physical methods more often by the fear induced by working in environments that, like psychiatric wards, are subject to incidents of physical and verbal abuse and where it is difficult to understand the causes of patient aggression. Meanwhile, Bowers (47) considers that care providers with a positive attitude toward people with mental-health problems have an easier time managing their emotional reactions and adopting a cooperative attitude with clients. Care providers with a negative attitude manage their emotional reactions less skillfully. They consequently adopt a controlling attitude that leads them to resort more readily to seclusion and restraint. Wards with higher aggression rates have been found to have a preponderance of nurses whose style of interacting and intervening is restrictive and controlling (48). However, only the OAS subscale of violence against the self reached the final model. Recent scientific literature does not explain why this should be so, why this particular subscale rather than the others should become a predictor of seclusion and restraint. Self-harm has been found to be a precipitating factor of their use on psychiatric wards (6, 9), especially with patients suffering from affective disorders. In such circumstances, seclusion and restraint measures may be perceived as a way of protecting the patient and psychiatric staff may be more likely to openly report the use of coercive measures on this basis. When the risk is of violence directed against others, the main motivation is the need to control patient behavior (9).

Staff training has also been shown to have an impact on the use of seclusion and restraint (49). Recent studies present several examples of violence-management training programs that have been implemented in hospitals with the aim of diminishing their use; many of them have been successful (50, 51). In our study, such training programs were statistically significant in the bivariate analysis, but were completely ruled out in the multivariate third model. Systematic training of every staff member might reduce recourse to seclusion and restraint, but today's programs still need adjustment to attain this goal and develop alternatives.

The perception of insufficient safety measures in the psychiatric units also seems to be important. A trend in the final model suggests that this factor has an independent significant impact on recourse to seclusion and restraint. This finding is consistent with the results of earlier studies showing that psychiatric nurses' decisions are influenced by safety issues in the workplace (52, 53) and that safety in the working environment is strongly related to staff satisfaction (54). To reduce their use, the perception of security by psychiatric staff must be targeted.

Limitations:

The study has several limitations worth noting. First, it is a transversal study with a relatively small sample, although it was conducted in different types of institutions to ensure representation of diverse practices. Second, there is no information on staff that refused to participate, making it impossible to know if they have similar profiles. There is

also a risk of recall bias of the frequency of seclusion and restraint use. Finally, in view of the social desirability bias, incidents of seclusion and restraint may have been underreported.

Conclusion:

Much of the psychiatric literature to date supports the contention that the triad of research, education, and administrative leadership is integral to facilitating the move toward a “restraint-free” environment (50). Reducing seclusion and restraint is a concern, given that no controlled study has been conducted on the value of seclusion and restraint for patients with serious mental illness (55). Despite attempts in Britain to reduce their prevalence by modifying some of these organizational factors, success has been limited (24, 56). Perhaps new violence-management techniques based on psychological and de-escalation approaches might be introduced in combination with organizational changes to bring alternative therapeutic interventions to the patient and reduce the conflicting feelings associated with seclusion and restraint among psychiatric-ward staff. Taking into account the patient’s perspective toward their use might also cast an interesting light on the subject.

Table 1: Sociodemographic Characteristics of Psychiatric Staff and Relationship with Number of Seclusion and Restraint Episodes Reported in Last 2 Weeks

	Low (under median or < 2) (n = 135)		High (above median or ≥ 2) (n = 174)		t or X ²	Df	p
	n	%	n	%			
Gender:							
Female	88	35%	97	56%	2.44	1	.12
Male	47	65%	75	44%			
Age – mean (SD)	43.3 ± 11.18	--	42.4 ± 10.71	--	.64	286	.52
Cultural Origin (both parents born outside Canada):							
Yes	14	10%	30	17%	3.01	1	.08
No	121	90%	143	83%			
Job Title:							
Nurse	86	65%	102	59%	2.65	2	.27
Rehabilitation instructor	23	17%	27	16%			
Nurse's aide	24	18%	45	26%			

Employment Status:							
Full time (> 32 hours/week)	106	81%	130	78%	.30	1	.58
Part time (< 32 hours / week)	25	19%	36	22%			
Years of Experience in Psychiatry	14.5	--	13.7	--	.52	294	.61
Education:							
Completed high school	13	10%	23	13%	1.31	2	.52
Completed community college	69	52%	80	46%			
Completed university	52	39%	70	41%			
Practicing any Religion:							
Yes	27	20%	49	29%	2.93	1	.09
No	108	80%	123	72%			
IDP ¹ – mean (SD)	20.70 ± 5.44	--	21.27 ± 5.03	--	-.951	301	.342

1= Psychological Distress Scale; possible scores range from 14 to 56, with higher scores indicating high psychological distress

POAS ¹¹ – Aggression as Dysfunctional	21.81	5.60	23.03	5.14	-1.999	306	.047
POAS ¹² – Aggression as Functional	14.36	5.18	14.19	5.52	.270	307	.787
OAS ¹³ – Verbal	13.94	3.24	16.08	2.84	-6.122	302	<.001
OAS ¹⁴ – Non-verbal	11.95	3.53	14.73	3.33	-6.985	300	<.001
OAS ¹⁵ – Physical against self	9.56	2.95	12.05	3.52	-6.515	297	<.001
OAS ¹⁶ – Physical against others	8.53	2.09	10.21	2.97	-5.505	298	<.001

1= Group Environment Scale – Cohesion; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high group cohesiveness

2= Group Environment Scale – Leader support; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high leader support

3= Group Environment Scale – Expressiveness; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high expressiveness

4= Group Environment Scale – Independence; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high independence

- 5= Group Environment Scale – Task orientation; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high task orientation
- 6= Group Environment Scale – Self-discovery; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high tolerance to self-discovery
- 7= Group Environment Scale – Anger and aggression; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high expression of anger and aggression
- 8= Group Environment Scale – Order and organization; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high order and organization
- 9= Group Environment Scale – Leader control; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high leader control
- 10= Group Environment Scale – Innovation; possible scores range from 0 to 10, with higher scores indicating high tolerance to innovation
- 11= Evaluation of the Perception of Aggression Scale; possible scores range from 6 to 30, with higher scores indicating aggression is perceived as dysfunctional/undesirable
- 12= Evaluation of the Perception of Aggression Scale; possible scores range from 6 to 30, with higher scores indicating aggression is perceived as functional/comprehensible
- 13= Overt Aggression Scale (modified scale); possible scores range from 4 to 20, with higher scores indicating high perceived prevalence of verbal violence
- 14= Overt Aggression Scale (modified scale); possible scores range from 4 to 20, with higher scores indicating high perceived prevalence of non-verbal violence
- 15= Overt Aggression Scale (modified scale); possible scores range from 4 to 20, with higher scores indicating high perceived prevalence of physical violence against the self
- 16= Overt Aggression Scale (modified scale); possible scores range from 4 to 20, with higher scores indicating high perceived prevalence of physical violence against others

Table 3: Organizational Factors of Aggression Management and Relationship with Number of Seclusion and Restraint Episodes Reported in Last 2 Weeks

	Low (under median or < 2) (n = 135)		High (above median or ≥ 2) (n = 174)		X ²	Df	p
	n	%	n	%			
Violence Management Program Received:							
Oméga	97	73%	109	63%	5.932	2	.052
Other	20	15%	46	27%			
None	16	12%	18	10%			
Aggression Protocol Available:							
Yes	110	83%	140	81%	.087	1	.768
No	23	17%	32	19%			
Aggression Protocol Followed:							
Yes	106	95%	150	94%	.178	1	.673
No	5	5%	9	6%			

Sufficient Safety Measures:							
Yes	79	60%	84	50%	2.890	1	.089
No	53	40%	84	50%			
Type of Unit:							
ER/ICU	14	10%	50	29%	15.61	1	<.001
Other	121	90%	124	71%	0		
Hospital Setting:							
Teaching Hospital	95	70%	145	83%	7.365	1	.007
Other	40	30%	29	17%			

Table 4: Multivariate Predictors of Seclusion and Restraint

Variables with p<.025	First Model ¹ - Sociodemographics			Second Model ² - Team Climate			Third Model ³ - Perception of Aggression & Frequency of Aggressive Incidents			Fourth Model ⁴ - Organizational Factors			Final Model ⁵		
	OR*	CI (95%)	p	OR*	CI (95%)	p	OR*	CI (95%)	p	OR*	CI (95%)	p	OR*	CI (95%)	p
Hospital setting	1.64	.91 - 2.93	.980	1.28	.66 - 2.47	.465	1.44	.71 - 2.91	.312	1.54	.77 - 3.11	.226	1.79	.91 - 3.53	.091
Type of Unit	2.93	1.50 - 5.70	.002	3.64	1.72 - 7.70	.001	3.05	1.39 - 6.72	.006	3.41	1.56 - 7.45	.002	2.95	1.40 - 6.21	.004
Gender (F/M)	.72	.44 - 1.17	.181												
Cultural Origin	1.10	.51 - 2.36	.813												
Practicing any Religion	.65	.36 - 1.18	.154												
GES1				1.08	.93 - 1.27	.324									
GES4				.85	.70 - 1.04	.108									
GES7				1.28	1.09 - 1.50	.003	1.23	1.06 - 1.43	.007	1.26	1.08 - 1.46	.003	1.19	1.04 - 1.36	.011
GES8				.91	.78 - 1.05	.197									
GES10				1.20	1.02 - 1.43	.031	1.15	.98 - 1.35	.086	1.12	.96 - 1.31	.144			
POAS - Violence as Dysfunctional							1.04	.98 - 1.09	.175						
OAS - Verbal							1.06	.94 - 1.19	.367						
OAS - Non-Verbal							1.09	.97 - 1.22	.141						
OAS - Physical against Self							1.15	1.03 - 1.28	.015	1.25	1.13 - 1.38	.001	1.26	1.15 - 1.38	.001
OAS - Physical against Others							1.05	.89 - 1.24	.561						
Violence Management Program Received															
Oméga							.77	.31 - 1.93	.557						
Other							1.74	.58 - 5.22	.325						
None							1	---	---						
Sufficient Safety Measures							.60	.94 - 2.95	.083				.59	.98 - 2.95	.061

* = Adjusted OR

1 = n=304, X²= 23.434, Df= 5, p<.001, Nagelkerke R²= .099, AUC=.651

2 = n=265, X²= 39.247, Df= 7, p<.001, Nagelkerke R²= .184, AUC=.713

3 = n=258, X²= 65.607, Df= 9, p<.001, Nagelkerke R²= .301, AUC=.791

4 = n=261, X²= 68.184, Df= 8, p<.001, Nagelkerke R²= .308, AUC=.783

5 = n=272, X²= 62.738, Df= 5, p<.001, Nagelkerke R²= .275, AUC=.772

References

1. Appelbaum PS: Law & Psychiatry: Seclusion and Restraint: Congress Reacts to Reports of Abuse. *Psychiatric Services* 50:881-885, 1999
2. Choe JY, Teplin LA, Abram KM: Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services* 59:153-164, 2008
3. Wykes T: Predicting symptomatic and behavioural outcomes of community care. *British Journal of Psychiatry* 165:486-492, 1994
4. Nijman HL, Palmstierna T, Almvik R, et al: Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 111:12-21, 2005
5. Arnetz JE, Arnetz BB: Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine* 52:417-427, 2001
6. Bowers FL, McCullough CS, Timmons ME: A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003 Update. *Worldviews on Evidence-based Nursing presents the archives of Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* E10:1-29, 2003
7. Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuohimäki C, et al: Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry* 15:213-219, 2000
8. Legris J, Walters M, Browne G: The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *Journal of Advanced Nursing* 30:448-459, 1999

9. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, et al: Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry* 26:139-149, 2003
10. Soloff PH, Gutheil TG, Wexler DB: Seclusion and restraint in 1985: a review and update. *Hospital & community psychiatry* 36:652-657, 1985
11. Wells MI: Beyond cultural competence: a model for individual and institutional cultural development. *Journal of community health nursing* 17:189-199, 2000
12. Steinert T, Bergbauer G, Schmid P et al: Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195:492-496, 2007
13. Paterson B, Duxbury J: Restraint and the Question of Validity. *Nursing Ethics* 14:535-545, 2007
14. Rain SD, Steadman HJ, Robbins PC: Perceived coercion and treatment adherence in an outpatient commitment program. *Psychiatric Services* 54:399-401, 2003
15. Larue C, Dumais A, Ahern E, et al: Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009
16. Wynn R: Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16:287-291, 2002
17. Knutzen M, Sandvik L, Hauff E, et al: Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint: A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry* 61:201-206, 2007

18. Foster C, Bowers L, Nijman H: Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing* 58:140-149, 2007
19. Pollard R, Yanasak EV, Rogers SA, et al: Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Quarterly* 78:73-81, 2007
20. Bowers L: Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services* 60:231-239, 2009
21. Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H et al: The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: The city-128 study. *Archives of Psychiatric Nursing* 24:275-286, 2010
22. Stubbs B, Leadbetter D, Paterson B et al: Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 16:99-105, 2009
23. Suen LK, Lai CK, Wong TK et al: Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing* 55:20-28, 2006
24. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B: Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry* 191:298-303, 2007
25. Donat DC: Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 56:1105-1108, 2005
26. Erickson L, Williams-Evans SA: Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing* 26:210-215, 2000

27. Boyer R, Preville M, Legare G, et al: Psychological distress in a noninstitutionalized population of Quebec: normative results of the Quebec health survey. *Canadian journal of psychiatry* 38:339-343, 1993
28. Legare F, Belanger N, Doyon H: Rally-resources. The integration of community principles. *Canadian family physician Médecin de famille canadien* 46:2444-2448, 2000
29. Stravynski A, Boyer R: Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 31:32-40, 2001
30. Moos R, Shelton R, Petty C: Perceived ward climate and treatment outcome. *Journal of Abnormal Psychology* 82:291-298, 1973
31. Cote A: Legislation on occupational accidents and occupational diseases. *Infirmière Auxilière* 58:9-10, 1985
32. Jansen G, Dassen T, Moorer P: The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11:51-55, 1997
33. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, et al: Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 412:110-117, 2002
34. Palmstierna T, Barredal E: Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. *Nordic Journal of Psychiatry* 60:447-451, 2006
35. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, et al: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* 143:35-39, 1986

36. Parent D: Industry recognizes the importance of taking action. *Healthcare Papers* 5: 49-53, 2004
37. Viera AJ, Garrett JM: Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Family Medicine* 37:360-363, 2005
38. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, et al: The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *L'Encephale* 30:32-39, 2004
39. Bowers L, Jeffery D, Bilgin H et al: Psychiatric intensive care units: a literature review. *International Journal of Social Psychiatry* 54:56-68, 2008
40. Keeler EB, Rubenstein LV, Kahn KL, et al: Hospital characteristics and quality of care. *Journal of the American Medical Association* 268:1709-1714, 1992
41. Kupersmith J: Quality of care in teaching hospitals: a literature review. *Academic Medicine* 80:458-466, 2005
42. Hosmer DW, Taber S, Lemeshow S: The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *American Journal of Public Health* 81:1630-1635, 1991
43. Klinge V: Staff Opinions about Seclusion and Restraint at a State Forensic Hospital. *Hospital Community Psychiatry* 45:138-141, 1994
44. Downey LVA, Zun LS, Gonzales SJ: Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry* 29:470-474, 2007
45. Johnson ME: Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 10:113-121, 2004

46. Hall JE: Restriction and control: The perceptives of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing* 25:539-552, 2004
47. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, et al: International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 44:357-364, 2007
48. Duxbury J: An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 9:325-337, 2002
49. Holzworth RJ, Wills CE: Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: A social judgment analysis. *Research in Nursing & Health* 22:189-201, 1999
50. Taxis JC: Ethics and Praxis: Alternative Strategies to Physical Restraint and Seclusion in a Psychiatric Setting *Issues in Mental Health Nursing* 23:157-170, 2002
51. Infantino JA, Jr., Musingo SY: Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. *Hospital & Community Psychiatry* 36:1312-1314, 1985
52. Garritson SH: Ethical decision making patterns. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 26:22-29, 1988
53. Fassler D, Cotton N: A national survey on the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. *Hospital & Community Psychiatry* 43:370-374, 1992

54. Rossberg JI, Eiring O, Friis S: Work environment and job satisfaction. A psychometric evaluation of the Working Environment Scale-10. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:576-580, 2004
55. Sailas E, Fenton M: Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* CD001163, 2009
56. Bowers L, Brennan G, Flood C, et al: Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 13:165-172, 2006

6.2 TITRE: Analyse factorielle de la version française de l'échelle POAS à 12 questions (« *Perception of Aggression Scale* ») et de l'échelle OAS modifiée (« *Modified Overt Aggression Scale* »)

« Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS) »

Auteurs : Luigi De Benedictis, M.D., Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph.D. (Candidat), Marie-Christine Stafford, M.Sc., Gilles Côté, Ph.D., Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Soumis à la revue *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)

AUTHORS:

Luigi De Benedictis, M.D. ^{1,3}

Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph.D. (candidate) ^{1,2,3}

Marie-Christine Stafford, M.Sc. ²

Gilles Côté, Ph.D. ^{1,2,4}

Alain Lesage, M.D., M.Phil. ^{1,3}

Corresponding author:

Dr. Luigi De Benedictis

Louis-Hyppolite-Lafontaine Hospital/Fernand-Seguin Research Center

7401 Hochelaga Street, Montreal, Quebec, Canada, H1N 3M5

¹Fernand-Seguin Research Center/Louis-H.-Lafontaine Hospital (Montreal, Quebec)

²Philippe-Pinel Institute of Montreal (Montreal, Quebec)

³University of Montreal (Quebec, Canada)

⁴University of Québec at Trois-Rivières (Quebec, Canada)

Abstract:

Despite the public's largely negative attitude to aggression by psychiatric patients, psychiatric staff attitudes to it vary; and different staff attitudes, it is widely agreed, may substantially affect the risk of aggressive behaviour in institutions. This study seeks to validate a French version of two scales of staff attitudes to institutional violence and aggression: the Modified Overt Aggression Scale (MOAS) and the Perception of Aggression Scale (POAS). Frontline staff (n = 362) from eight French-language psychiatric institutions in the province of Quebec were surveyed. Factor analyses were performed to confirm the validity of the French MOAS and determine whether the French POAS too is valid. A four-factor structure emerged for the MOAS and a three-factor structure for the 12-item POAS. The factor 'Aggression as a dysfunctional/undesirable phenomenon' was unchanged, but 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon' was split into two factors: 'Aggression as a positive expression' and 'Aggression as a protective measure'. The latter is especially interesting, for it has been shown to be sensitive to training programs for psychiatric staff. These findings underscore the importance of scientifically validated, culturally transposable scales to assess staff attitudes towards and perceptions of aggression and so enhance the understanding and management of inpatient violence.

Key words: Modified Overt Aggression Scale (MOAS), Perception of Aggression Scale (POAS), Factor analysis, French version, Staff attitude

Introduction:

In psychiatric wards, the potential for patient violence is a significant issue. The prevalence of violence among psychiatric inpatients ranges from 6.1% to 35% (Grassi et al., 2001; Ruesch et al., 2003). Aggression in the healthcare system is of special concern to nurses and frontline staff because, of all the health professions, they are the most likely to suffer from it (Whittington, 2002). The Royal College of Psychiatrists' National Audit of Violence in the UK found that a third of inpatients had experienced violent or threatening behaviour while in care. The proportion rose to 41% for clinical staff and to nearly 80% for nursing staff working in these units (Bevan and Hood, 2006). These adverse events can cause staff significant distress (and sometimes injury). They are thought to contribute to low morale, high sickness levels, high staff turnover, and high vacancy rates (Needham et al., 2005), and they may even provoke symptoms of Post Traumatic Stress Disorder (Bowers et al., 2007).

The occurrence and management of violent incidents should be seen as stemming from the interaction of a number of variables, including patient variables (e.g., psychopathology) (Oster et al., 2001), environmental or setting variables (Bradley et al., 2001), interactional variables (Sheridan et al., 1990), and staff variables. 'Zero tolerance' of aggression has emerged as feature of contemporary health policy in recent years. Despite criticism (Whittington and Higgins, 2002), the principle has gained acceptance because it emphasizes a stance with which inpatient staff can universally agree, namely that they should not be placed in situations that make them feel unsafe (Beech, 2001). Central to this

policy is the need for a broad organizational approach that provides resources for managing aggression and reducing its impact. Indeed, feeling safe and having the confidence to manage aggression may well be prerequisites for any therapeutic interaction (Martin and Daffern, 2006).

Jansen et al. (1997) hypothesized that one of the reasons for the variance in aggression rates between wards and localities was the differing criteria professional staffs use to define an incident as aggressive. To investigate their hypothesis, they developed the Perception of Aggression Scale (POAS), in which each item provides a different definition of aggression that a respondent may endorse or reject. The scale has been subject to rigorous psychometric evaluation and shown to have a strong two-factor structure: 'Aggression is unacceptable' and 'Aggression is normal'. The former appears to represent a negative moral judgement on the phenomenon and the latter an understanding that aggression is an element of normal human behaviour and may well be healthy. Previous studies have shown a gender difference in POAS scores among nursing students, with female students more likely to consider aggression unacceptable (Muro et al., 2002). It has also been suggested that nurses with a positive attitude to personality disorder are better able to manage their own emotional reactions to their patients' behaviour, particularly violence, manipulation and rule breaking. There is evidence that such psychiatric professionals are more capable of defusing tense situations and turning conflict into therapeutic opportunity (Bowers et al., 2004). Since staff attitudes have been posited as a possible contributing factor to violence, Finnema et al. (1994) tested the original, 60-item POAS with 274 Dutch nurses working in

psychiatric settings. Despite the general public's largely negative attitude to aggression by psychiatric patients, the researchers found both positive and negative attitudes to inpatient aggression among the nurses.

In a bid to develop a more useful, easier-to-apply tool, Abderhalden et al. (2002) used a shorter, 32-item version of the POAS in a Swiss population of psychiatric nurses. Factor analysis yielded two discrete dimensions of the perception of aggression, which largely overlapped with the two dimensions elicited in the earlier study. The dimensions were labelled 'Aggression as a dysfunctional/undesirable phenomenon' and 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon'. The properties of the dimensions were preserved even when only 12 of the items were included in the analysis. This 12-item version of the POAS was distributed to a sample of 357 nurses working in various psychiatric units in Sweden (Palmstierna and Barredal, 2006). A factor analysis revealed exactly the same factor structure as the Swiss and Dutch studies. However, when the factor analysis was expanded, three discrete dimensions emerged. The factor 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon' retained four of the six items, while the other two items ('Aggression a way to protect yourself' and 'Aggression is the protection of one's own territory') constituted a separate sub-factor that could be defined as 'Aggression as a protective measure'. Interestingly, nurses were less likely to regard aggression as protective if they had had some form of violence-management training and if they were older (Palmstierna and Barredal, 2006). The authors believed the findings on this score could be

very useful from a scientific standpoint, helping detect changes in attitude that may result from training, for example.

In terms of the perception of violence, staff members' view of the frequency of violent behaviours may influence both the work atmosphere and therapeutic interventions on psychiatric wards (Owens and Cronin, 1998). There are studies that have tried to assess both attitudes and perception in order to obtain a broader understanding of staff views of patient aggression (Jonker et al., 2008). The Overt Aggression Scale (OAS) was developed by Yudofsky et al. (1986) with the specific purpose of assessing the relationship between these variables. The self-rating and objective scales that existed in the mid-1980s could not differentiate hostility from actual assaultive or aggressive behaviour and did not distinguish patients with 'characterological' or chronic hostility from those with episodic aggressive outbursts. The authors therefore sought to create an easy-to-complete scale based on staff observation that would be an improvement on self-report questionnaires and other rating scales in documenting and quantifying overtly aggressive behaviours. In the OAS, violent behaviour is divided into four dimensions: 1) verbal aggression, 2) non-verbal aggression (staring, provocative attitudes), 3) physical aggression against self, and 4) physical aggression against others. Intra-class correlation coefficients of reliability indicated good reliability (> 0.75) for most items (Spitzer et al., 1978). Although the most important function of the scale remains the qualification and quantification of aggressive behaviour, the OAS has been modified and adapted to other clinical conditions as well. Thus, Alderman et al. (1997) outlined the Overt Aggression Scale-Modified for

Neurorehabilitation (OAS-MNR), and Haltenstein et al. (1998) developed the Extended Staff Observation Aggression Scale (SOAS-E). The OAS-MNR incorporated changes to make it more useful in post-acute neurological-rehabilitation environments and promote greater consistency in the way the treatment of challenging behaviour is reported in the literature on brain injury. In the SOAS-E, the authors wanted to fully characterize violent acts in psychiatric wards and register other aspects, such as the ‘warning signals’ that precede them. Both scales have been validated for the measurement of aggressive behaviour and have shown good inter-rater reliability (Alderman et al., 2002). The Modified Overt Aggression Scale (MOAS or OAS-M) was developed in the course of a study to assess the effect of a β -blocker on aggressive behaviour (Sorgi et al., 1991). The original version of the OAS was found to be of limited value because it measures only one incident and thus needs to be completed every time a patient displays a described behaviour. Staff on a busy psychiatric ward were simply unable to fill out an OAS questionnaire for every incident (Knoedler, 1989). The MOAS is a retrospective scale that is meant to cover behaviour over a one-week period. It includes the same 16 behaviour items as the OAS and has been validated for patients with intellectual disability (Oliver et al., 2007) and in various hospital settings (Chukwujekwu and Stanley, 2008).

Other scales, too—the Attitude Toward Aggression Scale (ATAS) (Jansen et al., 2006) and the Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) (Jonker et al., 2008)— assess these variables and are similar to the POAS and the MOAS, but they do not allow for a clearly defined clustering of items, making generalization and correlation with other

variables less convenient in a clinical context. The MOAS and the shorter, 12-item version of the POAS, however, have proven to have interesting psychometric properties for measuring the frequency of aggressive incidents and the perception of aggression on psychiatric wards, respectively. The aim of the present study is thus, first, to determine by factor analysis if the French language version of each scale would reveal the same factor structure and could, therefore, be considered valid tools for assessing attitudes towards and perceptions of violence. The findings could then serve to promote the use of both scales to evaluate the different attitudes to violence prevailing on psychiatric wards and might consequently have an impact on its occurrence. They might also help healthcare professionals in managing violence on psychiatric wards, particularly in view of the worldwide questioning of the use of seclusion and restraint (Grigg, 2006; Nelstrop et al., 2006). Indeed, the data presented here were originally collected for a study on this very issue (De Benedictis et al., 2011).

Method:

A total of 362 frontline staff (nurses, rehabilitation instructors and nurse's aides) were recruited in eight university-affiliated hospitals in the province of Quebec: one general psychiatric hospital (n = 73), one forensic hospital (n = 79), three psychiatric departments of general teaching hospitals (n = 136), and three suburban hospitals (n = 74). For inclusion in the study, the participants had to be at least 18 years old, have at least one year of work experience in psychiatry, and work more than 20 hours a week on a psychiatric ward (Erickson, 2000). Of the staff members recruited, 56.6% were nurses, 21.3% were nurse's

aides, and 13.8% were rehabilitation instructors. The majority of participants were female (58.3%), and the mean age was 43.0 years. The mean years of work experience in a psychiatric milieu was 14.1 and the median 10.0. All participants provided written informed consent, and all local Institutional Review Boards approved the project. Data collection took place from April 2008 to April 2009. A retest was administered to a participant subsample ($n = 48$) four to six months later (September to November 2008) to evaluate the temporal stability of the measure.

Staff perceptions of aggressive behaviour were assessed with the 12-item Perception of Aggression Scale (POAS) (Jansen et al., 1997) on a five-point Likert scale (ranging from ‘Strongly disagree’ to ‘Strongly agree’) (Abderhalden et al., 2002; Palmstierna and Barredal, 2006). As noted earlier, previous factor analysis had revealed a two-factor or three-factor structure. The POAS was translated into French for this study. A back translation by two independent translators (from English to French and back to the source language) showed great similarity with the original version. Internal consistency and temporal stability were good: $\alpha = 0.83$ and 0.82 and Pearson $r = 0.73$ and 0.56 , respectively, for each subscale (‘Aggression as dysfunctional/undesirable’ and ‘Aggression as functional/comprehensible’).

The perceived frequency of aggressive incidents (verbal, nonverbal, physical towards self, and physical towards others) was measured on a five-point Likert scale (from ‘Never’ to ‘Daily’) using the Modified Overt Aggression Scale (MOAS) (Yudofsky et al., 1986). A

French version already existed but had never been validated (Joyal et al., 2008), and minor changes were made in order to assess violent behaviour on a more comprehensive timeline. Internal consistency was good with an α of 0.84 to 0.89 for each subscale. Temporal stability was good for the verbal and non-verbal scales ($r = 0.74$ and 0.78 , respectively) but lower for physical aggression towards the self and physical aggression towards others ($r = 0.41$ and 0.43 , respectively). The difference may be due to greater fluctuations in the levels of physical violence in psychiatric units, while the levels of verbal and nonverbal aggression may be more stable.

Correlation matrices of the POAS and MOAS were analyzed using principal components analysis followed by an oblique rotation. The number of factors was determined using a scree plot and an eigenvalues-greater-than-1 criterion. Since the criteria suggest different solutions, analyses were conducted for different numbers of factors, and the final choice was made on the basis of the relevance and interpretability of the results. Oblique rotation was chosen because some level of correlation was expected; the high correlations found between factors confirm that the choice was appropriate. All statistical analyses were performed with the software package SPSS, version 15.

Results:

The correlation matrices (available upon request) yielded statistically significant correlations for almost every variable in the POAS and MOAS. The eigenvalues-greater-than-1 criterion suggested three factors for the POAS, while the scree plot pointed to only

two. It should be noted in favour of the two-factor solution that the third eigenvalue was so close to 1 (Table 1) it could perhaps be rejected. However, the three-factor solution gave results similar to those of Palmstierna and Barredal (2006), provided coherent factors and was interesting theoretically. We chose to adopt the three-factor solution, which accounted for 65% of the variance (before rotation). Oblique rotation was performed using the direct oblimin method with a delta parameter of 0. The pattern matrix is reproduced in Table 2. It can be seen that the first factor is defined mainly by items 7, 8, 9, and 10 ('Aggression as a functional/comprehensible phenomenon'); the second factor by items 11 and 12 ('Aggression as a protective measure'); and the third involves mainly the first 6 items ('Aggression as a dysfunctional/undesirable phenomenon'). The first and second factors were positively correlated ($r = 0.40$), while the third factor had a negative correlation with the first factor ($r = -0.35$) and a weaker negative correlation with the second ($r = -0.18$) (Table 3).

For the MOAS, it was not clear what number of factors to select: the scree plot indicated one factor, and there were three eigenvalues greater than 1 (Table 4). Since the fourth eigenvalue barely missed the cut (0.951), we examined the two-, three- and four-factor solutions. The last provided factors that were easier to interpret and more pertinent; it was therefore selected. The four-factor solution explained 75% of the variance (before rotation). A direct oblimin rotation with a delta parameter of 0 was also performed for the MOAS. The pattern matrix (Table 5) does not present factors as clearly defined as for the POAS. Factor 1 was defined mainly by items 5, 6, and 8 (nonverbal aggression), but also had

medium loadings (around 0.50) for items 7 and 13, and lower loadings (around 0.30) for items 4 and 14. Factor 2 was essentially defined by items 1, 2 and 3 (verbal aggression) and also had low loadings (0.25 and 0.30) for item 4 and item 6. Factor 3 had high loadings for items 14, 15 and 16 (physical aggression towards others), medium loading for item 13 and lower loadings for items 4 and 12. Factor 4 presented high loadings for items 9 to 12 (physical aggression towards self) and a low loading for item 7. There were positive correlations between all factors, ranging from 0.29 to 0.50 (Table 6).

Discussion:

The French version of the 12-item POAS seems to point to the existence of stable patterns of underlying factors among frontline staff in different countries and different clinical psychiatric-patient settings. This investigation tends to corroborate the factor structure elicited by Palmstierna and Barredal (2006) in their study, which validated the Swedish version of the POAS. Exactly the same three-factor solution emerged in the present study, indicating that this structure is relatively stable and enhancing the significance of the 12-item POAS as a stable attitude inventory. One of the factors, 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon', split into two: 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon' and 'Aggression as a protective measure'.

In addition, as Palmstierna and Barredal (2006) note, the three-factor structure could be of interest in future studies on the possible influence of staff attitudes on inpatient aggressive behaviour, for rank-based regressions indicate that the three factors were differentially

related to staff characteristics. Although, the second original factor, 'Aggression as a functional/comprehensible phenomenon', was not related to any staff-member characteristics, the new sub-factor 'Aggression as a protective measure' was related to factors such as age and training in aggression management; staff were less prone to regard aggression as protective if they were older and if they had such training. This 'new' factor thus not only distinguishes different groups from each other but may also be sensitive to attitudinal changes resulting from training. The same reasoning may perhaps apply to the French version of the 12-item POAS since the breakdown of factors and related items are similar. This new validated version of the POAS might also be used to measure changes in psychiatric-staff attitudes, which might in turn impact such therapeutic interventions as building the patient alliance (Colson et al., 1985) and the use of seclusion and restraint (Holzworth and Wills, 1999). Though more data have to be collected, the stability of the factors across the two different cultural backgrounds may obtain in other settings as well and open the door to comprehensive research on the subject across different countries.

The results of the factor correlation matrix are also worth considering in theoretical terms. As one might expect, Factor 1 and Factor 2 were positively correlated (both entail positive views of aggression), while the correlation between these two factors and Factor 3 was negative. However, the negative correlation was weaker between Factor 3 and Factor 2 because 'Aggression as a protective measure' is seen as 'less negative' by those who claim aggression is basically dysfunctional. These results further support the three-factor solution and the validity of the new version of the 12-item POAS.

The new French version of the MOAS yielded a four-factor solution similar to the findings of Sorgi et al. (1991) and Yudofsky et al. (1986). Correlations between factors were positive and roughly of the same magnitude, which is hardly surprising since the same basic phenomenon (aggression) was being studied. All four factors were defined by items usually classified as belonging to their category of aggressive behaviour, and, when medium loadings were considered, all items were included in the appropriate subgroup. When these findings are combined, they support the four-factor model and the validity of this French version of the MOAS.

Limitations:

The study has several limitations worth noting. First, it is a cross-sectional study with a relatively small sample, although it was conducted in different types of institutions to ensure representation of a range of practices. Second, there is no information on staff that refused to participate, and there is thus no way of knowing whether they have similar profiles. Finally, the social desirability bias may well have resulted in the underreporting of more 'extreme' attitudes and perceptions (whether positive or negative), especially in the POAS.

Conclusion:

This study confirms that frontline-staff attitudes towards and perceptions of aggression in a psychiatric inpatient setting can be assessed with the French versions of the POAS and the MOAS. These findings underscore how important scientifically validated, culturally

transposable scales for evaluating staff attitudes towards and perceptions of aggression are to the understanding and management of inpatient violence. Both the POAS and the MOAS are short and easy to administer. They have also been validated in several languages. They are therefore of great potential value in clinical settings. Further studies should explore how attitudes towards and perceptions of inpatient violence can be modified through training programs to protect frontline staff from falling victim to violence and to manage violent incidents in the patients' best interests by avoiding resort to controversial methods, such as coercive measures, in hospital settings.

Table 1. Total Variance Explained for the Components of the Perception of Aggression Scale (POAS) and Scree Plot

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings (a)		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4.798	39.983	39.983	4.798	39.983	39.983	3.402		
2	2.030	16.920	56.903	2.030	16.920	56.903	2.725		
3	1.007	8.389	65.291	1.007	8.389	65.291	3.784		
4	.796	6.637	71.929						
5	.684	5.699	77.628						
6	.594	4.950	82.578						
7	.507	4.222	86.799						
8	.434	3.617	90.416						
9	.399	3.324	93.740						
10	.324	2.699	96.439						
11	.261	2.173	98.612						
12	.167	1.388	100.000						

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Scree Plot

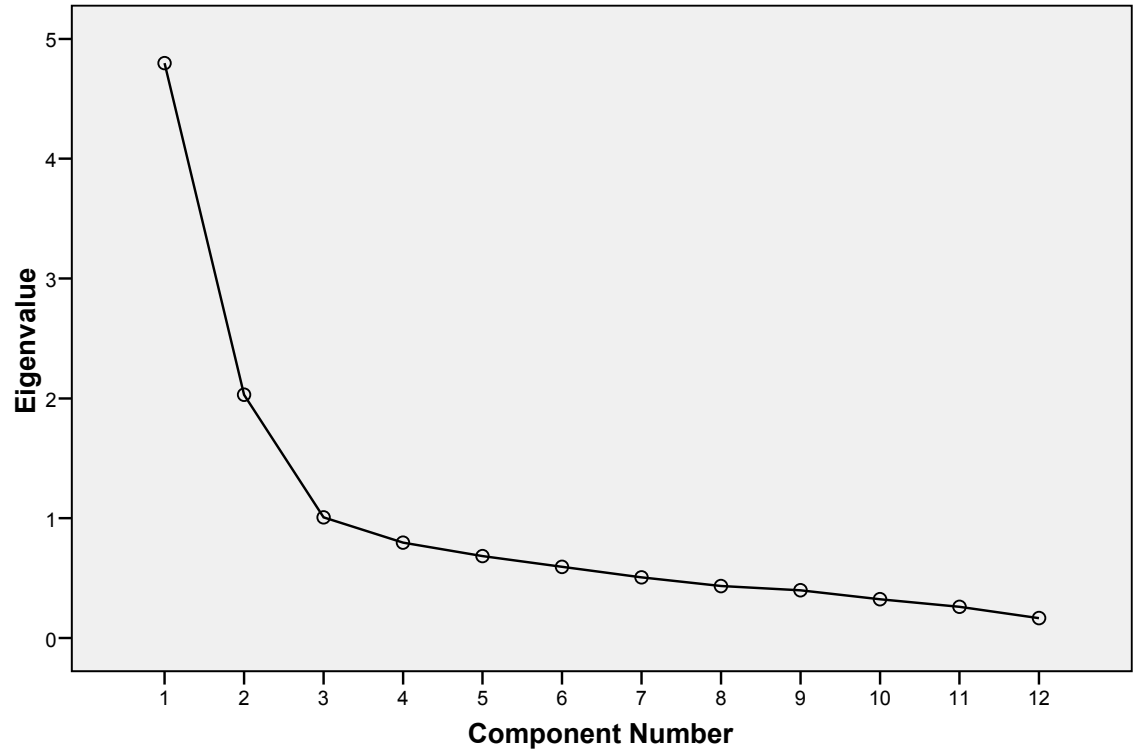


Table 2. Pattern Matrix for the Perception of Aggression Scale (POAS)

Item	Factor		
	1	2	3
POAS1 Negative Attitude -- Aggression is an unpleasant and repulsive behaviour	.065	-.207	.763
POAS2 Negative Attitude -- Aggression is unnecessary and unacceptable	-.059	-.161	.801
POAS3 Negative Attitude -- Aggression is hurting others mentally or physically	.119	-.040	.832
POAS4 Negative Attitude -- Aggression is an actual action of physical violence of a patient against a nurse	-.052	.081	.614
POAS5 Negative Attitude -- Aggression is always negative and unacceptable; feelings should be expressed in another way	-.183	-.021	.691

POAS6 Negative Attitude	-.017	.203	.654
-- Aggression is a disturbing intrusion to dominate others			
POAS7 Positive Attitude	.853	-.127	.030
-- Aggression is the start of a positive nurse - patient relationship			
POAS8 Positive Attitude	.827	.011	-.018
-- Aggression is a healthy reaction to feelings of anger			
POAS9 Positive Attitude	.650	.260	-.027
-- Aggression is an opportunity to get a better understanding of the patient's situation			
POAS10 Positive Attitude	.611	.253	-.139
-- Aggression is a form of communication and as such not destructive			
POAS11 Positive Attitude	.071	.899	-.016
-- Aggression is a way to protect yourself			

POAS12 Positive Attitude	.061	.901	-.006
-- Aggression is the protection of one's own territory			

Table 3. Factor Correlation Matrix for the Perception of Aggression Scale (POAS)

		1	2	3
Factor ^(a)	1	1.000	.402	-.346
	2	.402	1.000	-.179
	3	-.346	-.179	1.000

Factor 1: ‘Aggression as a functional/comprehensible phenomenon’

Factor 2: ‘Aggression as a protective measure’

Factor 3: ‘Aggression as a dysfunctional/undesirable phenomenon’

Table 4. Total Variance Explained for the Components of the Modified Version of the Overt Aggression Scale (MOAS) and Scree Plot

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings (a)		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7.848	49.049	49.049	7.848	49.049	49.049	5.481		
2	1.894	11.839	60.887	1.894	11.839	60.887	4.489		
3	1.241	7.753	68.640	1.241	7.753	68.640	4.612		
4	.951	5.947	74.587	.951	5.947	74.587	5.362		
5	.640	4.000	78.587						
6	.508	3.173	81.760						
7	.456	2.851	84.611						
8	.440	2.749	87.360						
9	.362	2.263	89.623						
10	.314	1.963	91.585						
11	.278	1.737	93.323						
12	.254	1.590	94.913						
13	.241	1.507	96.420						
14	.214	1.335	97.755						
15	.192	1.202	98.957						
16	.167	1.043	100.000						

a. When components are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

Scree Plot

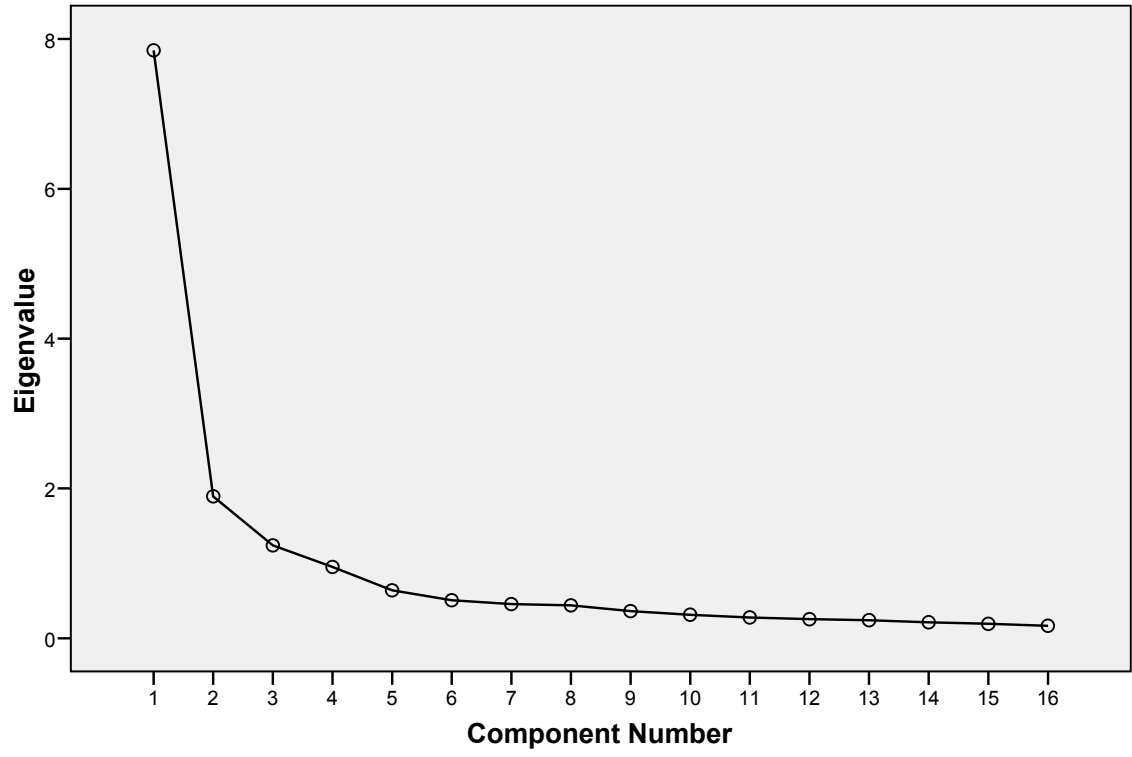


Table 5. Pattern Matrix for the Modified Version of the Overt Aggression Scale (MOAS)

Item	Factor			
	1	2	3	4
OAS1 Verbal Aggression – Makes loud noise, shouts angrily	-.028	.879	.027	.057
OAS2 Verbal Aggression – Yells mild personal insults	.066	.864	-.044	-.008
OAS3 Verbal Aggression – Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self	.120	.776	.066	.028
OAS4 Verbal Aggression – Makes clear threats of violence toward others or self or requests help to control self	.299	.320	.271	.111

OAS5 Non-Verbal Aggression – Makes threatening gestures	.793	.100	-.002	.040
OAS6 Non-Verbal Aggression – Stares in a threatening way	.762	.253	-.023	-.069
OAS7 Non-Verbal Aggression – Spits, throws objects in your direction	.472	.054	.185	.284
OAS8 Non-Verbal Aggression – Demonstrates a provocative attitude and behavior	.788	.070	.007	.068
OAS9 Physical Aggression Against Self – Picks or scratches skin	.154	-.036	-.140	.883

OAS10 Physical Aggression Against Self	.133	.029	-.009	.806
– Bangs head, hits fist into object, throws self onto floor				
OAS11 Physical Aggression Against Self	-.072	.080	-.027	.923
– Small cuts or bruises, minor burns				
OAS12 Physical Aggression Against Self	-.190	.044	.279	.720
– Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injuries, fractures				
OAS13 Physical Aggression Against Other People	.542	-.127	.439	.142
– Minor Aggression, swings at people, grabs at clothes				

OAS14 Physical Aggression Against Other People	.262	-.104	.659	.155
– Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them)				
OAS15 Physical Aggression Against Other People	.070	.012	.913	-.039
– Attacks others, causing mild-moderate physical injury				
OAS16 Physical Aggression Against Other People	-.128	.159	.871	-.002
– Attacks others, causing severe physical injury				

Table 6. Component Correlation Matrix for the Modified Version of the Overt Aggression Scale (MOAS)

		1	2	3	4
Factor	1	1.000	.503	.366	.453
	2	.503	1.000	.290	.322
	3	.366	.290	1.000	.481
	4	.453	.322	.481	1.000

Factor 1: Non-verbal aggression

Factor 2: Verbal aggression

Factor 3: Physical aggression towards others

Factor 4: Physical aggression towards oneself

References:

- Abderhalden C., Needham I., Friedli T.K., Poelmans J., Dassen T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (412): 110-117.
- Alderman N., Knight C., Henman C. (2002). Aggressive behaviour observed within a neurobehavioural rehabilitation service: utility of the OAS-MNR in clinical audit and applied research. *Brain Injury* **16**(6): 469-489.
- Alderman N., Knight C., Morgan C. (1997). Use of a modified version of the Overt Aggression Scale in the measurement and assessment of aggressive behaviours following brain injury. *Brain Injury* **11**(7): 503-523.
- Appleby J. (2004). Healthcare funding. *Health Services Journal* **114**(5894): 27.
- Beech B. (2001). Zero tolerance of violence against healthcare staff. *Nursing Standard* **15**(16): 39-41.
- Bevan G., Hood C. (2006). Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal* **332**(7538): 419-422.
- Bowers L., Alexander J., Simpson A., Ryan C., Carr-Walker P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today* **24**(6): 435-442.
- Bowers L., Alexander J., Simpson A., Ryan C., Carr-Walker (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies* **44**(3): 349-356.
- Bradley R.H., Convyn R.F., Burchinal M., Pipes McAdoo H., Garcia Coll C. (2001). The home environments of children in the United States Part II: relations with behavioral development through age thirteen. *Child Development* **72**(6): 1868-1886.
- Chukwujekwu D.C., Stanley P.C. (2008). The Modified Overt Aggression Scale: how valid in this environment? *Nigerian Journal of Medicine* **17**(2): 153-155.

- Colson D.B., Allen J. G., Coyne L., Deering D., Jehl N., Kearns W., Spohn H. (1985). Patterns of staff perception of difficult patients in a long-term psychiatric hospital. *Hospital Community Psychiatry* **36**(2): 168-172.
- De Benedictis L., Dumais A., Sieu N., Mailhot M.-P., Létourneau G., Tran M.-A., Stikarovska I., Bilodeau M., Brunelle S., Côté G., Lesage A. (2011). Predictors of Seclusion and Restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff. *Psychiatric Services* **Forthcoming**.
- Erickson P. (2000). Assessment of the evaluative properties of health status instruments. *Medical Care* **38**(9 Suppl): II95-99.
- Finnema E.J., Dassen T., Halfens R. (1994). Aggression in Psychiatry: A Qualitative Study Focusing on the Characterization and Perception of Patient Aggression by Nurses Working on Psychiatric-Wards. *Journal of Advanced Nursing* **19**(6): 1088-1095.
- Grassi L., Peron L., Marangoni C., Zanchi P., Vanni A. (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **104**(4): 273-279.
- Grigg M. (2006). Eliminating seclusion and restraint in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing* **15**(4): 224-225.
- Hallsteinsen A., Kristensen M., Dahl A.A., Eilertsen D.E... (1998). The Extended Staff Observation Aggression Scale (SOAS-E): development, presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **97**(6): 423-426.
- Holzworth R.J., Wills C.E. (1999). Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: a social judgment analysis. *Research in Nursing & Health* **22**(3): 189-201.
- Jansen G., Dassen T., Moorer P. (1997). The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **11**(1): 51-55.
- Jansen G.J., Dassen T.W.N., Burgerhof J.G.M., Middel B. (2006). Psychiatric nurses' attitudes towards inpatient aggression: Preliminary report of the development of Attitude Towards Aggression Scale (ATAS). *Aggressive Behavior* **32**(1): 44-53.

- Jonker E.J., Goossens P.J., Steenhuis I.H., Oud N.E.. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **15**(6): 492-499.
- Joyal C.C., Gendron C., Côté G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: a 6-month report using the modified overt aggression scale. *Canadian Journal of Psychiatry* **53**(7): 478-481.
- Knoedler D.W. (1989). The Modified Overt Aggression Scale. *American Journal of Psychiatry* **146**(8): 1081-1082.
- Martin T., Daffern M. (2006). Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* **13**(1): 90-99.
- Muro C., Tomas C., Moreno L., Rubio V. (2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **106**: 118-120.
- Needham I., Abderhalden C., Halfens R.J.G., Dassen T., Haug H.J., Fischer J.E. (2005). The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* **42**(6): 649-655.
- Nelstrop L., Chandler-Oatts J., Bingley W., Bleetman T., Corr F., Cronin-Davis J., Fraher D.M., Hardy P., Jones S., Gournay K, Johnston S., Pereira S., Pratt P., Tucker R., Tsuchiya A.. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* **3**(1): 8-18.
- Noble P., Rodger S. (1989). Violence by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry* **155**: 384-390.
- Oliver P.C., Crawford M.J., Rao B., Reece B., Tyrer P. (2007). Modified Overt Aggression Scale (MOAS) for People with Intellectual Disability and Aggressive Challenging

- Behaviour: A Reliability Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* **20**(4): 368-372.
- Oster A., Bernbaum S., Patten S. (2001). Determinants of violence in the psychiatric emergency service. *Canadian Medical Association Journal* **164**(1): 32-33.
- Owens R., Cronin S. N. (1998). Nurses' attitudes towards cost-effectiveness and quality of care. *Cost & Quality Quarterly Journal* **4**(3): 18-22.
- Palmstierna T., Barredal E. (2006). Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. *Nordic Journal of Psychiatry* **60**(6): 447-451.
- Payne C. (1995). Developing a standard dataset for the NHS. Version 3 of read codes addresses many difficulties. *British Medical Journal* **311**(7010): 951.
- Ruesch P., Miserez B., Hell D. (2003). A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? *Der Nervenarzt* **74**(3): 259-265.
- Schanda H., Taylor P. (2001). Inpatient violence: frequency, risk factors, preventive strategies. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* **69**(10): 443-452.
- Shah A.K., Fineberg N.A., James D.V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **84**(4): 305-309.
- Sheridan M., Henrion R., Robinson L., Baxter V. (1990). Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hospital Community Psychiatry* **41**(7): 776-780.
- Sorgi P., Ratey J., Knoedler D.W., Markert R.J., Reichman M. (1991). Rating aggression in the clinical setting. A retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale: preliminary results. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences* **3**(2): S52-56.
- Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry* **35**(6): 773-782.
- Whittington R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing* **11**(6): 819-825.

- Whittington R., Higgins L. (2002). More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **106**: 37-40.
- Yudofsky S.C., Silver J. M., Jackson W., Endicott J., Williams D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* **143**(1): 35-39.

VII. Discussion

En premier lieu, ce mémoire vise à déterminer les facteurs ayant un impact sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions par le personnel soignant travaillant lors d'hospitalisations sur des unités de psychiatrie, en tenant compte le plus possible de la diversité des milieux de soins, des facteurs à la fois individuels et organisationnels et aussi de la perception de l'agressivité et des gestes violents par celui-ci. Cette dernière catégorie a été jusqu'à maintenant abondamment étudiée comme facteur influençant la survenue de gestes agressifs sur des unités de soins psychiatriques (Flannery, Juliano, Cronin, & Walker, 2006), mais non sous l'angle de l'utilisation des mesures coercitives en tant que telle (Foster, Bowers, & Nijman, 2007). Tous les facteurs mentionnés ont été évalués simultanément afin de donner une perspective systémique au phénomène (Larue, Dumais, Ahern, Bernheim, & Mailhot, 2009).

Contrairement à de nombreuses études effectuées sur le sujet, la présente étude n'identifie pas de facteurs sociodémographiques chez les membres du personnel soignant susceptibles de prédire une utilisation accrue (ou moindre) des mesures coercitives. Le niveau de scolarité du personnel soignant, leur sexe et ainsi que leur titre d'emploi ont déjà été identifiés comme des facteurs ayant un impact sur l'utilisation des mesures coercitives en milieu psychiatrique (Downey, Zun, & Gonzales, 2007; Klinge, 1994). Les travailleurs plus expérimentés sont généralement perçus comme étant davantage en mesure de calmer les patients lorsque cela s'avère nécessaire, ce qui les amène à moins avoir recours aux mesures d'isolement et de contentions (Johnson, 2004). Pour ce qui est du genre des

membres du personnel soignant, les études donnent des résultats contradictoires, ce qui pourrait expliquer l'absence de différence statistiquement significative dans l'étude effectuée dans le cadre de ce mémoire. De la même façon, l'origine culturelle des travailleurs n'a pas d'impact sur l'utilisation des mesures coercitives, ce qui va aussi à l'encontre d'autres études sur le sujet (Johnson, 2004).

Le climat d'équipe qui prévaut sur une unité de soins psychiatriques a aussi une ascendance sur l'utilisation des mesures coercitives. Une plus grande expressivité de la colère et de l'agressivité au sein d'un tel groupe est ressortie comme un facteur prédictif important de l'utilisation de l'isolement et des contentions. Il est en effet facile de concevoir que l'expression accrue de la colère et de l'agressivité entre les membres d'une équipe de soins peut se traduire indirectement par l'utilisation de mesures coercitives avec les patients. Ceci pourrait indiquer qu'une perception plus positive du climat au sein d'une équipe de soin amène une perception de réduction des comportements agressifs, probablement à cause d'une meilleure gestion de ceux-ci et d'un sentiment de soutien de la part de ses collègues (Sclafani et al., 2008). En effet, plusieurs travailleurs sentent qu'ils sont socialement obligés de « contrôler » les patients ayant perdu le contact avec la réalité alors que d'autres peuvent se sentir déchirés devant l'utilisation des mesures coercitives puisqu'elles vont à l'encontre des principes d'autonomie et de bienfaisance. À l'inverse, une gestion optimale des comportements agressifs sur une unité, sans avoir recours aux mesures coercitives ou seulement de façon très limitée, peut créer un plus grand sentiment de sécurité et réconcilier les membres du personnel avec les principes susmentionnés. À la longue, le niveau

d'anxiété ressenti par le travailleur de première ligne lors d'un acting-out violent de la part d'un patient vient à s'amenuiser étant donné qu'il est perçu comme découlant de la maladie et qu'il doit donc être géré avec empathie et tolérance. En somme, les facteurs organisationnels et ceux se rapportant au climat d'équipe influencent davantage l'utilisation des mesures coercitives que les facteurs individuels propres au personnel. Qui plus est, un constat similaire émerge des données sur la perception de la violence. Quand celle-ci est perçue comme dysfonctionnelle (via les résultats de l'échelle du POAS) et indépendamment qu'elle soit physique ou verbale, dirigée vers soi ou vers autrui (via l'échelle de la MOAS), les mesures d'isolement et de contentions sont utilisées plus fréquemment. La perception de l'agressivité a donc un impact sur la gestion des comportements agressifs en milieu intrahospitalier psychiatrique. Le recours à de telles mesures est d'autant plus important quand il est impossible de comprendre les motivations réelles d'une agression, ce qui est souvent le cas sur les unités de soins psychiatriques (patients psychotiques, impulsifs, imprévisibles, etc.) (Foster, Bowers, & Nijman, 2007). Toutefois, le personnel ayant une attitude positive à l'égard des patients ayant un problème de santé mentale peut plus facilement gérer sa réaction face à leur agressivité et adopter une attitude plus constructive avec ces derniers (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan, & Carr-Walker, 2007). Inversement, ceux et celles qui ont une attitude négative à l'endroit de la maladie mentale ont plus de difficultés à gérer les comportements agressifs des patients. Leur attitude est souvent plus contrôlante ce qui amène une plus grande utilisation des mesures d'isolement et de contentions (Duxbury, 2002). De la même façon, l'utilisation plus libérale des mesures coercitives à l'endroit des patients qui s'infligent des blessures

(Bowers et al., 2003; Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila, & Lehtinen, 2003) découle elle aussi fort probablement d'une perception plus positive, socialement parlant, de l'utilisation de ces mesures lorsqu'elles sont utilisées dans un but de protection (du patient envers lui-même) et non pas punitif (confort du personnel).

Le sentiment de sécurité sur les unités de soins psychiatriques joue lui aussi un rôle déterminant par rapport à l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions. Ceci va dans le même sens que d'autres études qui ont démontré que les infirmières travaillant en milieu psychiatrique sont fortement influencées dans leurs décisions thérapeutiques par leur sentiment de sécurité dans leur milieu de travail et que cela a également un impact sur leur niveau de satisfaction eût égard à celui-ci (Fassler & Cotton, 1992; Rossberg, Eiring, & Friis, 2004). Si l'on désire diminuer l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie, le niveau de sécurité des travailleurs doit être pris en considération.

Il fallait effectuer l'analyse factorielle de la version française de deux échelles couramment utilisées pour mesurer la perception de l'agressivité et de la fréquence des gestes agressifs en milieu hospitalier psychiatrique car ces échelles ont fait émerger des variables indépendantes significatives influençant le recours aux mesures coercitives. Ces validations étaient essentielles à la réalisation de l'étude portant sur les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions dans ce même milieu. L'analyse factorielle effectuée sur les résultats des deux échelles met en évidence les mêmes facteurs que dans les études effectuées précédemment (Palmstierna & Barredal, 2006; Yudofsky, Silver,

Jackson, Endicott, & Williams, 1986). Pour la MOAS, quatre facteurs sont mis en évidence, soient ceux de la violence verbale, de la violence non verbale, de la violence physique contre les autres et finalement de la violence physique contre soi. Puis, pour le POAS, trois facteurs ont été mis en évidence. Dans un premier temps, il y a celui qui considère que l'agression est un phénomène dysfonctionnel/indésirable et puis, de l'autre, il y a deux facteurs qui présentent l'agressivité sous un jour plus positif, soit celui de l'agression comme un phénomène fonctionnel/compréhensible et celui de l'agression comme un moyen de protection. Fait à noter : les deux derniers facteurs ont parfois été regroupés dans certaines analyses factorielles (Abderhalden, Needham, Friedli, Poelmans, & Dassen, 2002). En somme, ces résultats donnent une certaine légitimité à leur utilisation dans le premier article portant sur les mesures d'isolement et de contentions.

À la lumière de ces résultats, il semble que ce sont les facteurs organisationnels et leur perception par les membres du personnel soignant (et non ceux se rapportant aux caractéristiques individuelles de ces derniers) qui doivent attirer l'attention et guider les choix dans l'élaboration de stratégies visant la réduction, voire l'élimination, des mesures coercitives en milieu psychiatrique. Pour Morin et coll. (Morin & Leblanc, 2003), les articles sur les essais qui visent l'élimination ou la réduction des mesures d'isolement et de contentions ont permis d'identifier trois grandes perspectives : l'une centrée sur l'agir violent en milieu hospitalier, la deuxième sur l'expérience vécue et la troisième fondée sur l'histoire de traumatisme des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale. Autrement dit, chaque mesure visant la réduction ou l'élimination pure et simple des

mesures de coercitions doit intégrer chacune de ces perspectives pour éventuellement parvenir à ses fins (Glover, 2005). Dans une revue de la littérature publiée en 2010, Scanlan (Scanlan, 2010) a démontré qu'il existait sept grandes catégories d'interventions organisationnelles visant à réduire l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier¹ :

1- Changements de pratique et leadership clinique

Des changements de pratiques cliniques se rapportant aux mesures d'isolement et de contentions impliquent l'intervention des instances de tous les paliers gouvernementaux (tant au fédéral qu'au provincial), mais aussi, et surtout l'implication des décideurs locaux qui travaillent auprès du personnel soignant de première ligne et des patients. C'est leur engagement et leur leadership qui sont les garants du succès de n'importe quelle mesure visant à diminuer (voire même à éliminer) l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions. Déjà au Québec avec les *Orientations ministérielles*, le gouvernement provincial s'est engagé à valoriser les initiatives visant à en diminuer l'usage. Ces initiatives sont certes utiles, mais ne peuvent se réaliser sans l'implication des dirigeants intrahospitaliers et des administrateurs (LeBel et al., 2004). Les changements à instaurer par ces derniers doivent inclure : (i) promotion de la diminution de l'utilisation des mesures coercitives, (ii) réduction la durée maximale de l'application des mesures d'isolement et de contentions (Hellerstein, Staub, & Lequesne, 2007), (iii) établissement des objectifs visant à réduire l'utilisation de ces mesures (Singh, Singh, Davis, Latham, & Ayers, 1999), (iv) abolir les espaces réservés à la mise en isolement (Lehane & Rees, 1996). En d'autres mots,

1. Cette partie a été alimentée par une revue de littérature (voir annexe VII-1)

même si des mesures législatives sont souhaitables, elles ne sont pas suffisantes pour diminuer à elles seules le taux d'utilisation des mesures coercitives (Keski-Valkama et al., 2007).

En l'an 2000, la « *Ford Foundation* », conjointement avec la « *Harvard University's John F. Kennedy School of Government* », a décerné l'« *Innovations in American Government Award* » au système hospitalier de l'état de la Pennsylvanie pour son programme visant à diminuer l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions. Plusieurs facteurs ont contribué au succès d'un tel effort, dont l'amélioration du ratio patients/intervenants et des équipes d'intervention déléguées exclusivement à la gestion des comportements susceptibles de mener à l'utilisation de mesures coercitives (G. M. Smith et al., 2005). Depuis l'obtention de ce prestigieux prix, les différents milieux hospitaliers (tant publics que privés) ayant un département de psychiatrie ou voués exclusivement à la psychiatrie, ainsi que les hôpitaux de psychiatrie légale de l'état de la Pennsylvanie, ont continué leurs efforts afin de réduire le recours aux mesures coercitives. En 2003, cinq des neuf hôpitaux psychiatriques de l'état ont éliminé complètement l'utilisation des mesures d'isolement. À titre d'exemple, le « *Danville State Hospital* » n'avait pas eu recours à des mesures coercitives (isolement et contentions) depuis plus de deux ans. Depuis janvier 2005, le système hospitalier étatique, dont la moyenne est de plus de 60 000 jours d'hospitalisation par mois, a eu recours à l'isolement seulement 19 fois, pour un total de 18 heures d'utilisation. Les contentions ont été utilisées 143 fois, soit pour un total de 160 heures. Au

printemps 2005, le système hospitalier s'était fixé comme objectif l'élimination de toutes mesures d'isolement et de contentions d'ici la fin de la décennie (Donat, 2003).

2- Groupes de débriefing et de retour post-événement

Les groupes de débriefing et de retour post-événement ont pour mandat d'appuyer les professionnels (leur donner la chance de « ventiler » leurs émotions) et de fournir des analyses détaillées d'épisodes où l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions a été jugée nécessaire ou souhaitable dans le but de faire des recommandations visant à prévenir ces incidents dans le futur. Ces groupes ont largement contribué à réduire l'utilisation des mesures coercitives où ils ont été implantés, en particulier dans l'état de la Pennsylvanie (D'Orio, Purselle, Stevens, & Garlow, 2004; Delaney, Cleary, Jordan, & Horsfall, 2001; Khadivi, Patel, Atkinson, & Levine, 2004; Witte, 2008). Lors d'une évaluation de leur efficacité, Donat (Donat, 2003) a rapporté que l'impact de ces groupes explique l'écart de 34 % quant à la diminution de l'utilisation des mesures coercitives là où ils ont été implantés. Ils sont en quelque sorte une unité mobile qui intervient lorsque le comportement d'un patient risque de mener à l'utilisation de mesures coercitives. L'équipe est généralement composée d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires ayant reçu une formation en techniques de désescalade et qui peuvent être contactés par le personnel régulier d'une unité au besoin. Après chaque intervention, les membres de ces groupes rédigent des comptes-rendus qui permettent de faire l'examen des événements. Ces comptes-rendus peuvent par la suite être utilisés pour faire de la formation auprès du personnel (Khadivi, Patel, Atkinson, & Levine, 2004; Schreiner, Crafton, & Sevin, 2004)

ou des patients eux-mêmes et leur famille (Fisher, 2003; Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004). Ces discussions sont axées principalement sur comment gérer les situations requérant (possiblement) l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions et comment les prévenir dans le futur, si cela est possible ou souhaitable (Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010). La participation des usagers et de leur famille semble être une composante essentielle, car cette collaboration permet d'élaborer des méthodes de gestion de crises plus efficaces et plus acceptables pour tous.

Le « *Royal College of Psychiatrists* » (RCPsych, 1998) en Angleterre a déjà constitué un guide d'intervention auprès de patients agités ou potentiellement violents et qui pourraient nécessiter l'application de mesures coercitives. Ce dernier décrit notamment des méthodes d'anticipation, de désescalade et insiste sur le bien-fondé des groupes de débriefing sur les unités hospitalières de santé mentale. À cet effet, une étude rapporte l'implantation d'un projet de 42 mois aux termes duquel un plan d'action a été instauré dans un hôpital psychiatrique, lequel incluait de nombreuses mesures visant à remplacer l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions. Les résultats de ce projet démontrent une réduction de 94 % du taux d'utilisation de mesures de contentions et d'isolement et le développement d'un programme d'éducation tant pour le personnel que pour les patients. Ce dernier décrivait notamment l'utilisation adéquate de compétences quant à la collaboration avec les usagers et leurs proches, la désescalade verbale, les interventions lors d'états de crises, l'évaluation du comportement quant aux signes avant-coureurs d'une agression, des interventions thérapeutiques auprès des patients souffrant de troubles de personnalité et

l'application « éthique » des mesures d'isolement et de contentions. Même le personnel administratif non certifié a reçu une formation similaire (Taxis, 2002).

3- L'utilisation des données probantes

Le regroupement d'informations et de rapports quant à l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions est un élément-clé dans la constitution de banques de données sur le sujet pour permettre de faire des études qui déboucheront sur des données probantes (Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010). Ces dernières seront essentielles à l'élaboration de stratégies alternatives à l'utilisation des mesures coercitives. Au chapitre de la culture organisationnelle, il faut considérer les différents facteurs psychologiques qui influencent le « non-rapport » des incidents violents en psychiatrie. Ceux-ci comprennent la peur de l'instigateur (le patient) des gestes violents (Mayhew & Chappell, 2002), la résignation à savoir que les agressions mineures font partie intégrante de l'emploi, la tendance à éviter de compléter des formulaires de rapport d'événements afin d'alléger la charge de travail, et le malaise suscité à l'idée que ces incidents puissent être perçus par l'employeur comme un signe de faiblesse ou d'incompétence (Beale, Cox, Clarke, Lawrence, & Leather, 1998).

4- La formation du personnel

Une formation structurée visant à augmenter les compétences reliées à la désescalade et à la gestion de crises est considérée comme étant essentielle par la plupart des théoriciens en la matière (Hellerstein, Staub, & Lequesne, 2007; Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004; Witte, 2008). La désescalade, soit l'approche verbale visant à calmer une personne,

implique l'utilisation de méthodes psychologiques ayant pour but de calmer un individu perturbé et de le rediriger vers une zone émotive plus stable. Les composantes de la désescalade sont, d'abord, une évaluation rapide de la situation, une approche verbale et non verbale visant à encourager la collaboration, ainsi que des compétences reliées à la résolution de conflits (Wand & Fisher, 2006). La formation visant à promouvoir le changement d'attitudes à l'endroit des mesures coercitives est également essentielle, car sans un changement substantiel de la part du personnel, tout effort dans le but de réduire l'utilisation de ces mesures serait vain (Curran, 2007; Forster, Cavness, & Phelps, 1999; van Doeselaar, Slegers, & Hutschemaekers, 2008). Il est particulièrement important de briser le mythe voulant que l'utilisation des mesures coercitives soit une méthode « d'intervention » comme les autres (Busch & Shore, 2000; Delaney, Cleary, Jordan, & Horsfall, 2001; Taxis, 2002) et de promouvoir des approches plus souples et éthiquement justifiables (Donovan, Plant, Peller, Siegel, & Martin, 2003; Fisher, 2003). Schreiner et coll. (Schreiner, Crafton, & Sevin, 2004) évoquent également que les « décideurs » devraient aussi être ciblés afin qu'ils puissent recevoir une formation dans le but de changer leur attitude. Alors que la majorité des formations étaient axées sur les besoins du personnel soignant, certaines formations se sont concentrées sur les besoins des usagers. Ainsi, des formations pour eux, axées sur la gestion de la colère, ont été élaborées et instaurées dans certains programmes de formation (Visalli & McNasser, 2000).

Ceci étant dit, les formations pour le personnel axées sur la gestion de l'agressivité des personnes hospitalisées ont indéniablement leur utilité, mais elles peuvent faire porter une

responsabilité démesurée sur les épaules des intervenants, surtout s'il n'y pas un processus structurant au niveau de la culture organisationnelle du milieu. En effet, il ne faut pas perdre de vue que de telles formations peuvent parfois coexister avec un haut niveau de violence institutionnelle. La formation n'est donc pas une panacée. D'ailleurs, les résultats de l'étude citée dans ce mémoire n'ont pas démontré que les formations en gestion de la violence avaient un impact majeur sur l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie; elles étaient statistiquement significatives dans le modèle bivarié, mais ne sont pas parvenues au modèle multivarié final. Ainsi, selon les dires même d'un rapport interne issu du comité sur l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions d'un hôpital psychiatrique montréalais publié en octobre 1999 :

- « Depuis plusieurs années, l'utilisation des mesures de contention/isolement a fait l'objet de rapports, de comités d'étude, de discussions au comité d'éthique et même d'une conférence scientifique [...] en 1996[...] Des sessions de formation de l'approche préventive et intervention contrôlée (APIC) sont offertes régulièrement aux nouveaux employés éducateurs et Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives [...]141 infirmiers, au personnel des équipes volantes et des unités de soins. » (Morin & Leblanc, 2003)

Malgré cela, il aura fallu l'intervention d'un tiers, le Curateur public du Québec en janvier 1999 avec la divulgation d'un rapport spécial sur les pratiques thérapeutiques dans cet établissement hospitalier pour révéler des pratiques inadmissibles d'isolement et de contentions dans ce milieu. Lorsque la formation sur la gestion de l'agir violent réussit à appréhender la complexité, grâce à une vision globale prenant en compte l'ensemble des acteurs et des facteurs en cause, les possibilités de transformation des pratiques deviennent accessibles. Nous assistons alors à une convergence des techniques dites exemplaires

(Hendryx, Trusevich, Coyle, Short, & Roll, 2010; Larue, Piat, Racine, Ménard, & Goulet, 2010).

Par ailleurs, des études démontrent qu'au moyen d'une formation appropriée, il est possible d'améliorer les connaissances reliées au comportement des patients et ainsi de modifier les perceptions de l'agressivité parmi le personnel soignant de première ligne. Par exemple, parmi le personnel psychiatrique, un niveau élevé de connaissances sur le comportement s'accompagne souvent d'une diminution du stress lié au travail. Le personnel soignant psychiatrique ayant un niveau plus élevé de connaissances reliées au comportement est moins porté à éprouver de la frustration et du découragement face aux inconvénients usuels de la culture organisationnelle, tels que le manque de personnel (Donat, 2005). De plus, ces travailleurs rapportent qu'ils ont tendance à appliquer les méthodes enseignées lors de leur formation quand ils interagissent avec les patients et qu'ils parviennent plus facilement à obtenir les comportements désirés. Le « rôle du malade » implique des droits et des responsabilités de la part du malade et du professionnel de la santé. De toute évidence, l'individu doit être considéré comme étant malade et dans l'incapacité de « s'autoguérir », mais étant donné qu'il doit guérir, ce dernier doit faire appel à une aide professionnelle avec laquelle il doit collaborer afin de se rétablir (Kalogjera, Bedi, Watson, & Meyer, 1989). Par conséquent, accepter le rôle du malade implique également d'accepter le pouvoir des professionnels qui sont des experts et qui détiennent le pouvoir de déterminer qui est malade ou non (Parsons, 1951). En ce sens, il est évident qu'une bonne relation infirmière-patient ou personnel-patient implique de traiter le patient de manière respectueuse et

humaine, mais par-dessus tout comme étant une personne à laquelle on accorde de l'importance, ce qui lui permet d'avoir un certain contrôle quant à son plan de soins et contribue à son autonomisation (Hawks, 1991). La condition essentielle de l'autonomisation réside par conséquent dans la volonté ainsi que dans la capacité du personnel soignant de renoncer au besoin de tout contrôler. Une étude finlandaise a invoqué que les infirmières perçues comme étant « fortes » étaient plus portées à responsabiliser les patients que les infirmières perçues comme étant « faibles » (Raatikainen, 1994).

5- Participation des usagers et de leur famille

Dans les *Orientations ministérielles* relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures d'isolement et de contentions, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec stipule que toute personne, ou son représentant légal, doit être informée et impliquée dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

Consentement en situation d'intervention planifiée

En situation d'intervention planifiée, la personne ou son représentant légal doit donner un consentement libre et éclairé lorsque, pour assurer sa sécurité ou celle des autres, une mesure de contrôle doit être utilisée. Le consentement est libre lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne. Le consentement est éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause. La personne reçoit ainsi toutes les informations pertinentes, dans un langage qu'elle

comprend et de façon claire. Avant de prendre sa décision, elle connaît la justification de la mesure, le type de contention, la forme d'isolement recommandée ou encore la substance chimique prescrite. Elle est informée du contexte d'application, de la durée de l'utilisation, de la fréquence de révision de la mesure, de ses effets positifs et négatifs, des risques et des mesures de remplacement possibles. L'aptitude à consentir de la personne doit être évaluée minutieusement pour chaque intervention, et lorsqu'elle est inapte à y consentir ou à la refuser, le consentement substitué est requis; ceci revient à demander l'implication d'un proche du patient. Pour les personnes dans l'incapacité temporaire ou permanente de fournir leur accord à l'utilisation de mesures de contrôle, le consentement de l'une des personnes nommées à l'article 15 du Code civil du Québec est requis (tuteur ou curateur) (Baudouin & Renaud, 2002).

Consentement en situation d'intervention non planifiée

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne lorsque la situation revêt un caractère urgent en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui. Par ailleurs, une analyse post-situationnelle (débriefing) est requise et fait partie des mesures évaluatives que doit se donner un établissement.

La participation des patients ainsi que des membres de leur famille a pour but de leur permettre de s'exprimer, et ce, par différents moyens. Ce peut être au moyen de leur

participation au plan de soins et dans le processus d'évaluation (Fralick, 2007; Huckshorn, 2004), par l'élaboration de méthodes de collaboration lors de la gestion de crises (Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004; Pollard, Yanasak, Rogers, & Tapp, 2007) ou par la révision des signes avant-coureurs de ces dernières (Delaney, Cleary, Jordan, & Horsfall, 2001; Fisher, 2003). D'autres programmes encouragent les usagers et leur famille à faire partie de l'équipe de traitement de manière plus générale. Par exemple, certains programmes utilisent des approches concertées en vue de dénouer des conflits (Donovan, Plant, Peller, Siegel, & Martin, 2003; Greene, Ablon, Hassuk, Regan, & Martin, 2006; Taxis, 2002). Un de ces programmes, sur une unité réservée aux adolescents, a également fait appel à la participation des usagers et leurs parents dans le processus de réduction de l'utilisation des mesures coercitives, en établissant un système d'émulation (Schreiner, Crafton, & Sevin, 2004).

6- Augmentation du personnel

Plusieurs études démontrent que l'augmentation du personnel a un impact positif sur la gestion des situations de crises. Certaines d'entre elles ont rapporté que l'augmentation du personnel à l'intérieur d'un programme de grande envergure a contribué à une diminution substantielle de l'usage de mesures d'isolement et de contentions (Donat, 1998, 2002, 2003). Une meilleure interaction entre le personnel et les usagers est généralement liée à une diminution des mesures d'isolement et de contentions (Donat, 2003; Witte, 2008) et d'autres conséquences négatives, et augmente de manière substantielle la quantité de temps que le personnel consacre aux usagers (Lebel & Goldstein, 2005). Bien entendu, dans un

contexte économique chancelant, avec une pénurie de personnel qualifié et le vieillissement de la population, cette mesure, quoique souhaitable, sera difficile à matérialiser dans la plupart des pays occidentaux (Buchan, 2002; Iglehart, 2000). Cependant, certaines études démontrent que les coûts supplémentaires associés à des soins plus personnalisés sont largement compensés par de plus courtes durées d'hospitalisation (Legris, Walters, & Browne, 1999).

7- Transformation des unités de soins

Une multitude de changements au niveau des unités ont également été instaurés dans le but de diminuer l'usage des mesures d'isolement et de contentions. De tels efforts visent à transformer le milieu thérapeutique afin de : (i) réduire la morosité ambiante sur les unités (en faire des milieux de vie) ou (ii) fournir de l'aide afin de modifier l'interaction entre les usagers et le personnel (salles communes ou de jeux). De tels changements sont souvent basés sur des approches systémiques (Bowers, Brennan, Flood, Lipang, & Oladapo, 2006; Donat, 2003; Jonikas, Cook, Rosen, Laris, & Kim, 2004) ou des approches comportementales (Fisher, 2003; Fralick, 2007). Ces approches se sont avérées particulièrement efficaces sur les unités réservées aux enfants et aux adolescents (Greene, Ablon, Hassuk, Regan, & Martin, 2006). D'autres changements possibles sont : (i) l'augmentation de la participation aux hôpitaux de jour, même chez les patients hospitalisés (Donat, 2003), (ii) le changement de routine à l'intérieur de l'unité (Witte, 2008), et (iii) la mise en place d'un système de récompenses (surtout en pédopsychiatrie) (Dickerson, Ringel, Parente, & Boronow, 1994; LePage, 1999).

Ceci étant dit, un bémol doit quand même être apporté à l'ensemble de ces interventions. Dans une étude publiée un peu plus tôt cette année, Stewart et coll. (Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010) ont examiné l'efficacité de celles-ci dans la réduction de l'utilisation des mesures coercitives auprès de patients adultes hospitalisés exclusivement en milieu psychiatrique. En tout, trente-six études empiriques menées après 1960 ont été revues. Le type d'intervention pouvait toucher l'application de changements locaux de politiques concernant l'utilisation de ces mesures, la formation du personnel soignant, des changements dans l'organisation du travail et l'implantation de groupes de débriefing ou de gestion de crise. La plupart de ces études se sont avérées efficaces dans la réduction de l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions, mais n'ont pas permis d'identifier clairement un type d'intervention qui serait supérieur à l'autre. En outre, elles rapportaient la plupart du temps des initiatives locales, sur de petits échantillons de patients et de membres du personnel. Ainsi, toujours selon les auteurs, elles sont plutôt faibles d'un point de vue scientifique et difficilement généralisables. De plus, le fait d'améliorer et de modifier les différents facteurs qui semblent contribuer à l'utilisation plus régulière des mesures coercitives en psychiatrie n'est pas une garantie que ces dernières seront nécessairement délaissées. Par exemple, une étude menée en Angleterre a tenté d'implanter, sur une période d'un an et sur deux unités de soins psychiatriques de soins aigus, bon nombre des changements proposés précédemment tel que l'application d'une équipe de débriefing, une formation spécifique offerte au personnel soignant sur les techniques de désescalade ainsi que des modifications physiques à l'unité afin de créer un milieu de vie plus convivial. À la fin de l'étude, les chercheurs ont mis en évidence une diminution

significative des conflits entre patients et avec le personnel soignant. Les comportements perturbateurs étaient également moins fréquents et l'atmosphère générale qui régnait sur les unités était également meilleure, tant du point de vue des patients que des membres du personnel. Cependant, malgré tout cela, il n'y a eu aucun changement statistiquement significatif dans l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions sur les unités en question (Bowers, Brennan, Flood, Lipang, & Oladapo, 2006). Certes, des progrès notables et positifs ont été observés, mais la mise sur pied des interventions mentionnées précédemment qui visent la réduction de l'utilisation des mesures coercitives n'est pas nécessairement un gage de succès dans tous les milieux et de façon uniforme.

En dépit de ces limites, il n'en demeure pas moins que la recherche dans ce domaine continue de mériter notre attention. Comme le faisait remarquer Johnson (Johnson, 2010) au terme d'une revue de 46 articles portant sur les stratégies de diminution de l'utilisation des mesures coercitives en psychiatrie, il y a tout de même suffisamment de données pour nous faire penser que les efforts faits pour réduire l'utilisation de ces mesures sont davantage garants de succès que ceux qui ont été jusqu'à maintenant dévolus seulement à la réduction des comportements violents, sans considérer la réduction des mesures d'isolement et de contentions concomitamment. Selon l'auteur, ceci peut s'expliquer par le fait que l'utilisation des mesures coercitives implique qu'il y a déjà eu un geste agressif. Il pourrait alors être plus facile de proposer des solutions concrètes dans de telles situations. Ce n'est pas le cas quand on cherche à « prévenir » la survenue d'un geste violent (qui

pourra éventuellement mener à l'utilisation de mesures coercitives) étant donné que le facteur déclenchant peut être imprévisible.

Chapitre VIII. Conclusion

Il existe un large consensus d'un point de vue théorique à l'effet que les mesures coercitives utilisées en psychiatrie devraient être considérées principalement comme étant des mesures de sécurité de dernier recours, et non pas comme une forme de traitement. Encore beaucoup de travail est nécessaire afin de diminuer substantiellement et éventuellement de cesser définitivement l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions. Malgré tous les efforts législatifs déployés, les habitudes et les perceptions semblent bien ancrées et sont des facteurs déterminants quant à l'utilisation de mesures coercitives au même titre que la sécurité du personnel soignant et les droits du patient. Ce sera un véritable défi que d'instaurer de nouvelles procédures visant à diminuer l'utilisation de ces mesures, de même que d'introduire d'autres mesures de remplacement en cas d'urgence plutôt que de continuer à utiliser les pratiques actuelles. Si l'objectif ultime est de diminuer l'utilisation de mesures coercitives, la question est alors de déterminer quel est le niveau optimal de leur utilisation, c'est-à-dire qui assurera un équilibre entre les droits des patients et la nécessité d'assurer la sécurité d'autrui. Seul le futur nous fournira la réponse. En attendant, il doit y avoir un suivi objectif à tous les niveaux, que ce soit mondial, national, ainsi qu'à l'intérieur même de chaque établissement de santé afin de baliser l'utilisation des mesures coercitives et de s'assurer que les inepties liées à leur utilisation courante soient décelées rapidement. Les initiatives nationales actuelles visant à diminuer l'utilisation de mesures coercitives devraient être décrites et leurs résultats répertoriés mondialement, dans le but de découvrir quelles sont les meilleures pratiques (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short, & Roll, 2010).

À cause des perceptions négatives que les patients ont à l'endroit des mesures coercitives, un débriefing adapté à leur état psychique devrait constituer l'un des éléments essentiels du suivi après l'utilisation de telles mesures. Dans le meilleur des cas, cette procédure pourrait s'avérer être un outil permettant d'anticiper le comportement ultérieur de patients qui sont le plus à risque d'être contentonnés, pour prévenir l'utilisation excessive de ces mesures et prévoir aussi quels seraient les moyens les moins contraignants à utiliser le cas échéant. De plus, la désescalade pourrait également s'avérer être un outil utile d'évaluation systématique et de suivi quant aux mesures de contentions. Un des défis pour les études futures sur ce sujet sera de trouver des mesures de remplacement. Les interventions préventives, telles que les méthodes d'évaluation de risques devraient être plus largement intégrées à la pratique clinique psychiatrique. Des études sont également nécessaires afin d'établir des approches spécifiques pour les patients les plus fragiles, c'est-à-dire ceux qui sont le plus à risque d'être contentonnés, qui sont l'objet d'utilisation fréquente et prolongée de mesures coercitives. L'attitude et la perception des professionnels quant à l'utilisation de mesures coercitives de même que l'impact de ces mesures à titre de traitements, devraient également faire l'objet d'études plus poussées et longitudinales. Enfin, d'autres facteurs menant à l'utilisation de ces mesures méritent d'être explorés davantage tels que les perceptions des autres membres du personnel intrahospitalier (les agents de sécurité, les médecins, les psychiatres, etc.) et l'impact de la localisation des hôpitaux (milieu rural vs urbain, par exemple).

Il est également impératif de poursuivre des recherches rigoureuses dans le but d'évaluer la contribution relative des différents programmes de réduction des mesures coercitives, d'en dégager des points communs pour en créer de nouveaux, plus englobant, qui iront de la formation du personnel jusqu'à la configuration des unités. Alors que des essais cliniques randomisés sont difficiles, sinon impossibles (Hardesty et al., 2007), la littérature scientifique déjà existante permet tout de même de trouver des pistes de solutions intéressantes (Bowers et al., 2003). Ainsi, dans l'ensemble, il y a toutes les raisons de demeurer optimiste. Il semble possible d'effectuer une diminution significative de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention à l'intérieur de différents milieux. Les preuves à l'appui semblent indiquer que les services qui se sont engagés à diminuer l'utilisation de mesures d'isolement et de contentions parviennent à atteindre leurs objectifs.

Finalement, l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en psychiatrie continuera à susciter la réflexion chez les professionnels et les gestionnaires de la santé dans les décennies à venir. Les patients ayant des troubles psychotiques avec des symptômes résiduels, des déficits cognitifs sévères, des antécédents judiciaires et des problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues et à l'alcool, amènent des défis thérapeutiques importants pour leur venir en aide, même lorsqu'on prend chacune de ces caractéristiques individuellement. Il est reconnu par ailleurs que ces patients deviennent proportionnellement plus nombreux en milieu intrahospitalier (Priebe et al., 2008) et qu'ils sont plus à même d'être placés en isolement ou sous contentions (Khadivi, Patel, Atkinson,

& Levine, 2004). Si le terme « chronique » est loin de faire l'unanimité dans la pratique de la psychiatrie (Lesage & Morissette, 2002), cela peut être dû au fait que les patients ne répondant pas adéquatement au suivi et aux traitements actuels ne doivent pas, de l'avis de plusieurs, être perçus comme des cas désespérés pour lesquels on ne peut plus rien faire. Au contraire, ils sont un rappel constant des défis qui attendent ceux et celles œuvrant dans le domaine de la santé mentale. Si beaucoup de chemin a été fait depuis la disparition des grands hôpitaux asilaires en Occident il y a à peine deux générations, il reste encore beaucoup à faire afin de soulager la souffrance de ces personnes et leur permettre de reprendre la place qui leur revient dans nos sociétés. En comprenant mieux qui sont ces patients et quelles sont les raisons qui expliquent l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions, il sera possible de concevoir de nouvelles approches thérapeutiques adaptées à leurs besoins explicites, et ce, où qu'ils soient. Sur le long chemin menant à la réadaptation et la réinsertion sociale, il apparaît de plus en plus clair qu'une vision systémique et une approche multidisciplinaire devront s'imposer. Ainsi, le défi est de taille pour les soignants qui sont au front quotidiennement, mais également pour le système de soins de santé dans son ensemble, incluant les administrateurs et décideurs qui gèrent les deniers publics. Autrement dit, c'est un défi qui interpelle tous et chacun, directement ou indirectement. Il reste à voir si, collectivement, il sera possible d'infirmier les propos de Nicolas Chamfort cités au tout début de ce mémoire...

Bibliographie¹

- ABDERHALDEN, C., I. NEEDHAM *et al.* « Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland ». *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*(412), 2002, p. 110-117.
- AHMED, A. G. & M. LEPNURM. « Seclusion practice in a Canadian forensic psychiatric hospital ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 2001, p. 303-309.
- AHQ. *L'utilisation de la contention et de l'isolement : une mesure minimale et exceptionnelle encadrée par un protocole d'application, le mardi 20 juin 2000, organisée par l'Association des hôpitaux du Québec*. AHQ, 2000. 45 p., pag. multiple pages.
- AHQ. *Commentaires de l'AHQ : rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines*. Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2002. 28 p. pages.
- AMORE, M., M. MENCHETTI *et al.* « Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study ». *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3), 2008, p. 247-255.
- APPELBAUM, P. S. « Law & psychiatry: Twenty-five years of law and psychiatry ». *Psychiatric Services*, 57(1), 2006, p. 18-20.
- APPELBAUM, PAUL S. « Law & Psychiatry: Seclusion and Restraint: Congress Reacts to Reports of Abuse ». *Psychiatric Services*, 50(7), 1999, p. 881-885.
- ARANGO, C., A. CALCEDO BARBA *et al.* « Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study ». *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 1999, p. 493-503.
- BATH, H. « The Physical Restraint of Children ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(1), 1994, p. 40-49.
- BAUDOIN, J.-L. & Y. RENAUD. *Code civil du Québec*. 2002. xxxv, 1821 p. pages.
- BEALE, D., T. COX *et al.* « Temporal architecture of violent incidents ». *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(1), 1998, p. 65-82.
- BECK, N. C., C. DURRETT *et al.* « Trajectories of Seclusion and Restraint Use at a State Psychiatric Hospital ». *Psychiatric Services*, 59(9), 2008, p. 1027-1032.
- BEECH, B. « Zero tolerance of violence against healthcare staff ». *Nursing Standard*, 15(16), 2001, p. 39-41.
- BETEMPS, E. J., E. SOMOZA *et al.* « Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint ». *Hospital Community Psychiatry*, 44(4), 1993, p. 367-371.
- BLUMENTHAL, S., A. LAVENDER *et al.* « Violence and mental disorder: a critical aid to the assessment and management of risk ». *Book*, 2001, p.
- BONNER, G., T. LOWE *et al.* « Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(4), 2002, p. 465-473.
- BOWER, F. L., C. S. MCCULLOUGH *et al.* « A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings:

1. Il est à noter que les références des deux articles du chapitre VI - Résultats de l'étude - sont à la fin de chacun d'eux.

- 2003 update ». *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10, 2003, p. 1.
- BOWERS, L., J. ALEXANDER *et al.* « Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients ». *Nurse Education Today*, 24(6), 2004, p. 435-442.
- BOWERS, L., J. ALEXANDER *et al.* « Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder ». *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 2007, p. 349-356.
- BOWERS, L., T. ALLAN *et al.* « Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards ». *Issues Mental Health Nursing*, 30(4), 2009, p. 260-271.
- BOWERS, L., G. BRENNAN *et al.* « Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses ». *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 13(2), 2006, p. 165-172.
- BOWERS, L., N. CROWHURST *et al.* « Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9(4), 2002, p. 427-433.
- BOWERS, L., N. CROWHURST *et al.* « Psychiatric nurses' views on criteria for psychiatric intensive care: acute and intensive care staff compared ». *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), 2003, p. 145-152.
- BOWERS, L., M. VAN DER MERWE *et al.* « The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 2010, p. 275-286.
- BOYER, R., M. PREVILLE *et al.* « Psychological distress in a noninstitutionalized population of Quebec: normative results of the Quebec health survey ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(5), 1993, p. 339-343.
- BREEZE, J. « Can paternalism be justified in mental health care? ». *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 1998, p. 260-265.
- BRIZER, D. A., A. CONVIT *et al.* « A Rating Scale for Reporting Violence on Psychiatric Wards ». *Hospital Community Psychiatry*, 38(7), 1987, p. 769-770.
- BROWER, H. T. « The alternatives to restraints ». *Journal of Gerontological Nursing*, 17(2), 1991, p. 18-22.
- BROWN, J. S. & S. K. TOOKE. « On the seclusion of psychiatric patients ». *Social Science & Medicine*, 35(5), 1992, p. 711-721.
- BUCHAN, J. « Global nursing shortages ». *British Medical Journal*, 324(7340), 2002, p. 751-752.
- BUSCH, A. B. & M. F. SHORE. « Seclusion and restraint: a review of recent literature ». *Harvard Review of Psychiatry*, 8(5), 2000, p. 261-270.
- CANNON, M. E., P. SPRIVULIS *et al.* « Restraint practices in Australasian emergency departments ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 2001, p. 464-467.
- CARMEL, H. & M. HUNTER. « Staff injuries from inpatient violence ». *Hospital Community Psychiatry*, 40(1), 1989, p. 41-46.

- CARPENTER, M. D., V. R. HANNON *et al.* « Ethnic differences in seclusion and restraint ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(12), 1988, p. 726-731.
- CHIEN, W. T., C. W. CHAN *et al.* « Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint ». *Patient Education and Counseling*, 59(1), 2005, p. 80-86.
- CLARK, C., M. BECKER *et al.* « The role of coercion in the treatment of women with co-occurring disorders and histories of abuse ». *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32(2), 2005, p. 167-181.
- CLEARY, M., G. E. HUNT *et al.* « Seclusion and its context in acute inpatient psychiatric care ». *Journal of Medical Ethics*, 2010, p.
- COLAIZZI, J. « Seclusion & restraint: a historical perspective ». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(2), 2005, p. 31-37.
- COLENDIA, C. C. & R. M. HAMER. « Antecedents and Interventions for Aggressive Behavior of Patients at a Geropsychiatric State Hospital ». *Hospital Community Psychiatry*, 42(3), 1991, p. 287-292.
- CRENSHAW, W. B., K. A. CAIN *et al.* « An updated national survey on seclusion and restraint ». *Psychiatric Services*, 48(3), 1997, p. 395-397.
- CUNNINGHAM, J., A. MCDONNELL *et al.* « Social validation data on three methods of physical restraint: views of consumers, staff and students ». *Research in Developmental Disabilities*, 24(4), 2003, p. 307-316.
- CURRAN, S. S. « Staff resistance to restraint reduction: identifying & overcoming barriers ». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(5), 2007, p. 45-50.
- CUSACK, K. J., B. C. FRUEH *et al.* « Trauma history screening in a community mental health center ». *Psychiatric Services*, 55(2), 2004, p. 157-162.
- D'ORIO, B. M., D. PURSELLE *et al.* « Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service ». *Psychiatric Services*, 55(5), 2004, p. 581-583.
- DE CANGAS, J. P. « Nursing staff and unit characteristics: do they affect the use of seclusion? ». *Perspectives in Psychiatric Care*, 29(3), 1993, p. 15-22.
- DELANEY, J., M. CLEARY *et al.* « An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 2001, p. 77-84.
- DICKERSON, F., N. RINGEL *et al.* « Seclusion and restraint, assaultiveness, and patient performance in a token economy ». *Hospital Community Psychiatry*, 45(2), 1994, p. 168-170.
- DONAT, D. C. « Impact of a mandatory behavioral consultation on seclusion/restraint utilization in a psychiatric hospital ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(1), 1998, p. 13-19.
- DONAT, D. C. « Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital ». *Psychiatr Rehabil J*, 25(4), 2002, p. 413-416.
- DONAT, D. C. « An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital ». *Psychiatric Services*, 54(8), 2003, p. 1119-1123.
- DONAT, D. C. « Encouraging alternatives to seclusion, restraint, and reliance on PRN drugs in a public psychiatric hospital ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1105-1108.

- DONOVAN, A., R. PLANT *et al.* « Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths ». *Psychiatric Services*, 54(7), 2003, p. 987-993.
- DOWNEY, L. A., L. S. ZUN *et al.* « Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department ». *General Hospital Psychiatry*, 29(6), 2007, p. 470-474.
- DUXBURY, J. « An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 2002, p. 325-337.
- EL-BADRI, S. M. & G. MELLISOP. « A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(3), 2002, p. 399-403.
- ERICKSON, P. « Assessment of the evaluative properties of health status instruments ». *Medical Care*, 38(9 Suppl), 2000, p. II95-99.
- FASSLER, D. & N. COTTON. « A national survey on the use of seclusion in the psychiatric treatment of children ». *Hospital & Community Psychiatry*, 43(4), 1992, p. 370-374.
- FISH, R. & E. CULSHAW. « The last resort? Staff and client perspectives on physical intervention ». *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(2), 2005, p. 93-107.
- FISHER, W. A. « Restraint and seclusion: a review of the literature ». *American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1994, p. 1584-1591.
- FISHER, W. A. « Elements of Successful Restraint and Seclusion Reduction Programs and Their Application in a Large, Urban, State Psychiatric Hospital ». *Journal of Psychiatric Practice*, 9(1), 2003, p. 7-15.
- FLANNERY, R. B., JR., J. JULIANO *et al.* « Characteristics of assaultive psychiatric patients: fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP) ». *Psychiatric Quarterly*, 77(3), 2006, p. 239-249.
- FORQUER, S., K. EARLE *et al.* « Predictors of the use of restraint and seclusion in public psychiatric hospitals ». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 23(6), 1996, p. 527-532.
- FORSTER, P. L., C. CAVNESS *et al.* « Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(5), 1999, p. 269-271.
- FOSTER, C., L. BOWERS *et al.* « Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management ». *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 2007, p. 140-149.
- FRALICK, S. L. « A restraint utilization project ». *Nursing Administration Quarterly*, 31(3), 2007, p. 219-225.
- FRUEH, B. C., R. G. KNAPP *et al.* « Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1123-1133.
- GASKIN, C. J., S. J. ELSOM *et al.* « Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature ». *British Journal of Psychiatry*, 191, 2007, p. 298-303.

- GILBERT, H., D. ROSE *et al.* « The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK ». *BMC Health Services Research*, 8(1), 2008, p. 92.
- GLEZER, A. & R. W. BRENDEL. « Beyond Emergencies: The Use of Physical Restraints in Medical and Psychiatric Settings ». *Harvard Review of Psychiatry*, 18(6), 2010, p. 353-358.
- GLOVER, R. W. « Special Section on Seclusion and Restraint: Commentary: Reducing the Use of Seclusion and Restraint: A NASMHPD Priority ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1141-1142.
- GRANGE, K. M. « Pinel or Chiarugi? ». *Medical History*, 7, 1963, p. 371-380.
- GRANGER, B. « Maladie de l'âme et poésie du corps. Entretien avec Jackie Pigeaud ». *Psychiatrie, sciences humaines, neurosciences*, 8(2), 2010, p. 61-66.
- GRASSI, L., L. PERON *et al.* « Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric inpatients: a 5-year Italian study ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 2001, p. 273-279.
- GREENE, R. W., J. S. ABLON *et al.* « Innovations: child & adolescent psychiatry: use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units ». *Psychiatric Services*, 57(5), 2006, p. 610-612.
- GRENYER, B. F., O. ILKIW-LAVALLE *et al.* « Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(10), 2004, p. 804-810.
- GRIGG, M. « Eliminating seclusion and restraint in Australia ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4), 2006, p. 224-225.
- GUIRGUIS, E. F. & H. B. DUROST. « The role of mechanical restraints in the management of disturbed behaviour ». *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23(4), 1978, p. 209-218.
- HAHN, S., I. NEEDHAM *et al.* « The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management ». *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 2006, p. 197-204.
- HAPPELL, B. & A. HARROW. « Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 2010, p. 162-168.
- HARDESTY, S., J. J. BORCKARDT *et al.* « Evaluating initiatives to reduce seclusion and restraint ». *Journal for Healthcare Quality*, 29(4), 2007, p. 46-55.
- HAWKS, J. H. « Power: a concept analysis ». *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 1991, p. 754-762.
- HCFA. « Warning: you already may be out of compliance with restraint regs ». *ED Managing - Health Care Financing Administration*, 11(10), 1999, p. 109-112.
- HELLERSTEIN, D. J., A. B. STAUB *et al.* « Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients ». *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 2007, p. 308-317.
- HEM, E., O. STEEN *et al.* « Thrombosis associated with physical restraints ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(1), 2001, p. 73-76.

- HENDRYX, M., Y. TRUSEVICH *et al.* « The Distribution and Frequency of Seclusion and/or Restraint among Psychiatric Inpatients ». *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 37(2), 2010, p. 272-281.
- HOLMES, D., S. L. KENNEDY *et al.* « The Mentally Ill and Social Exclusion: A Critical Examination of the Use of Seclusion from the Patient's perspective ». *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 2004, p. 559-578.
- HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE. COMITÉ ÉVALUATION ET APPLICATION DU PROTOCOLE ISOLEMENT-CONTENTIONS. *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contentions*. Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2005. 33 f. pages.
- HUCKSHORN, K. A. « Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention ». *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(9), 2004, p. 22-33.
- HUSUM, T. L., J. H. BJORNGAARD *et al.* « Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010, p.
- IGLEHART, J.K. « Revisiting the Canadian Health Care System ». *New England Journal of Medicine*, 342(26), 2000, p. 2007-2012.
- JANSEN, G., T. DASSEN *et al.* « The perception of aggression ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(1), 1997, p. 51-55.
- JANSEN, G. J., T. W. DASSEN *et al.* « Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature ». *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12(1), 2005, p. 3-13.
- JANSEN, G. J., B. MIDDEL *et al.* « An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes towards aggression scale ». *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 2005, p. 467-477.
- JANSEN, G. J., B. MIDDEL *et al.* « Cross-cultural differences in psychiatric nurses' attitudes to inpatient aggression ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(2), 2006, p. 82-93.
- JANSSEN, W. A., E. O. NOORTHOORN *et al.* « The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe ». *The International Journal of Law and Psychiatry*, 31(6), 2008, p. 463-470.
- JCAHO. « JCAHO issues revised restraint standards ». *Hospital Peer Review*, 25(6), 2000, p. 73-74.
- JOHNSON, M. E. « Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science ». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 10(3), 2004, p. 113-121.
- JOHNSON, M. E. « Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units ». *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 2010, p. 181-197.
- JONES, R. & D. KINGDON. « Council of Europe recommendation on human rights and psychiatry: a major opportunity for mental health services ». *European Psychiatry*, 20(7), 2005, p. 461-464.
- JONIKAS, J. A., J. A. COOK *et al.* « A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities ». *Psychiatric Services*, 55(7), 2004, p. 818-820.
- KALOGJERA, I. J., A. BEDI *et al.* « Impact of Therapeutic Management on Use of Seclusion and Restraint With Disruptive Adolescent Inpatients ». *Hospital Community Psychiatry*, 40(3), 1989, p. 280-285.

- KALTIALA-HEINO, R., J. KORKEILA *et al.* « Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment ». *European Psychiatry*, 15(3), 2000, p. 213-219.
- KALTIALA-HEINO, R., C. TUOHIMAKI *et al.* « Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care ». *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 2003, p. 139-149.
- KESKI-VALKAMA, A., E. SAILAS *et al.* « A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 2007, p. 747-752.
- KHADIVI, A. N., R. C. PATEL *et al.* « Association between seclusion and restraint and patient-related violence ». *Psychiatric Services*, 55(11), 2004, p. 1311-1312.
- KLINGE, V. « Staff Opinions About Seclusion and Restraint at a State Forensic Hospital ». *Hosp Community Psychiatry*, 45(2), 1994, p. 138-141.
- KNUTZEN, M., L. SANDVIK *et al.* « Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint--a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 2007, p. 201-206.
- KORKEILA, J. A., C. TUOHIMAKI *et al.* « Predicting use of coercive measures in Finland ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(5), 2002, p. 339-345.
- LANCASTER, G. A., R. WHITTINGTON *et al.* « Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(4), 2008, p. 306-312.
- LARUE, C., A. DUMAIS *et al.* « Factors influencing decisions on seclusion and restraint ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(5), 2009, p. 440-446.
- LARUE, C., M. PIAT *et al.* « The Nursing Decision Making Process in Seclusion Episodes in a Psychiatric Facility ». *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 2010, p. 208-215.
- LEBEL, J. & R. GOLDSTEIN. « The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1109-1114.
- LEBEL, J., N. STROMBERG *et al.* « Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 2004, p. 37-45.
- LEE, S., R. GRAY *et al.* « Views of nursing staff on the use of physical restraint ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 2003, p. 425-430.
- LEFF, J. « Aiding resocialization of the chronic psychotic patient ». *International Clinical Psychopharmacology*, 12 Suppl 4, 1997, p. S19-24.
- LEGRIS, J., M. WALTERS *et al.* « The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients ». *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 1999, p. 448-459.
- LEHANE, M. & C. REES. « Alternatives to seclusion in psychiatric care ». *British Journal of Nursing*, 5(16), 1996, p. 974, 976-979.
- LENDEMEIJER, B. & L. SHORTRIDGE-BAGGETT. « The use of seclusion in psychiatry: a literature review ». *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11(4), 1997, p. 299-315; discussion 317-220.
- LEPAGE, J. P. « The impact of a token economy on injuries and negative events on an acute psychiatric unit ». *Psychiatric Services*, 50(7), 1999, p. 941-944.

- LESAGE, A. & R. MORISSETTE. « Chronic my A** ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(7), 2002, p. 617-620.
- LUNSKY, Y., E. BRADLEY *et al.* « The Clinical Profile and Service Needs of Hospitalized Adults With Mental Retardation and a Psychiatric Diagnosis ». *Psychiatric Services*, 57(1), 2006, p. 77-83.
- MARANGOS-FROST, S. & D. WELLS. « Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma ». *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 2000, p. 362-369.
- MARTIN, T. & M. DAFFERN. « Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting ». *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(1), 2006, p. 90-99.
- MASON, T. & P. WOODS. « Admission trends to a special hospital: court diversion and prison transfers ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5(6), 1998, p. 479-487.
- MAYHEW, C. & D. CHAPPELL. « An overview of occupational violence ». *Australian Nursing Journal*, 9(7), 2002, p. 34-35.
- MCBRIDE, S. « Seclusion versus empowerment: a psychiatric care dilemma ». *Canadian Nurse*, 92(7), 1996, p. 36-39.
- MILLAUD, F., R. ROY *et al.* « Un inventaire pour l'évaluation de la dangerosité des patients psychiatriques. ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(9), 1992, p. 608-615.
- MILLER, F. T., T. ABRAMS *et al.* « Substance Abuse in Borderline Personality Disorder ». *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19(4), 1993, p. 491-497.
- MOOS, R., R. SHELTON *et al.* « Perceived ward climate and treatment outcome ». *Journal of Abnormal Psychology*, 82(2), 1973, p. 291-298.
- MORA, G. « Mind-body concepts in the Middle Ages: part II. The Moslem influence, the great theological systems, and cultural attitudes toward the mentally ill in the late Middle Ages ». *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 16(1), 1980, p. 58-72.
- MORAN, A., A. COCOMAN *et al.* « Restraint and seclusion: a distressing treatment option? ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 2009, p. 599-605.
- MORIN, D. & N. LEBLANC. « Pour une pratique fondée sur des données probantes ». *Infirmière du Québec*, 10(2), 2003, p. 27-30.
- MORISSETTE, È. & ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC. *Actes du Colloque Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire : un colloque international de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)*. [Montréal, AGIDD-SMQ, 2000. v, 487 p. pages.
- NEEDHAM, I., C. ABDERHALDEN *et al.* « The perception of aggression by nurses: Psychometric scale testing and derivation of a short instrument ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 2004, p. 36-42.
- NEEDHAM, I., C. ABDERHALDEN *et al.* « Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review ». *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 2005, p. 283-296.

- NG, B., S. KUMAR *et al.* « Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatient Unit ». *Psychiatric Services*, 52(4), 2001, p. 521-525.
- NIJMAN, H. L., H. L. MERCKELBACH *et al.* « Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward ». *Psychiatric Services*, 48(5), 1997, p. 694-698.
- NUNNO, M. A., M. J. HOLDEN *et al.* « Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities ». *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 2006, p. 1333-1342.
- O'BRIEN, A. J. & C. G. GOLDING. « Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 2003, p. 167-173.
- OKIN, R. L. « Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint ». *Hospital Community Psychiatry*, 36(6), 1985, p. 648-652.
- ONU. *Comments from governments on the draft international declaration on human rights*. Lake Success,, 1948. 25 p. pages.
- OSTER, A., S. BERNBAUM *et al.* « Determinants of violence in the psychiatric emergency service ». *Canadian Medical Association Journal*, 164(1), 2001, p. 32-33.
- OZARIN, L. « The Question of Restraint: 200 Years of Debate ». *Psychiatric News*, 36(18), 2001, p. 27.
- PALMSTIERNA, T. & E. BARREDAL. « Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(6), 2006, p. 447-451.
- PARKES, J. « Control and restraint training: a study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit ». *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(3), 1996, p. 525-534.
- PARSONS, T. « Illness and the role of the physician: a sociological perspective ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3), 1951, p. 452-460.
- PATERSON, B. & J. DUXBURY. « Restraint and the Question of Validity ». *Nursing Ethics*, 14(4), 2007, p. 535-545.
- PINEL, P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*. Micro Graphix, 1801. 4 microfiches pages.
- POLLARD, R., E. V. YANASAK *et al.* « Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit ». *Psychiatric Quarterly*, 78(1), 2007, p. 73-81.
- PRIEBE, S., P. FROTTIER *et al.* « Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006 ». *Psychiatric Services*, 59(5), 2008, p. 570-573.
- PRINSEN, E. J. & J. J. VAN DELDEN. « Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? ». *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 2009, p. 69-73.
- RAATIKAINEN, R. « Power or the lack of it in nursing care ». *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 1994, p. 424-432.
- RABOCH, J., L. KALISOVA *et al.* « Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries ». *Psychiatric Services*, 61(10), 2010, p. 1012-1017.
- RCPSYCH. *Management of imminent violence : clinical practice guidelines to support mental health services*. Royal College of Psychiatrists, 1998. pages.
- REID, W. H., M. F. BOLLINGER *et al.* « Assaults in hospitals ». *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 13(1), 1985, p. 1-4.

- ROBINS, C. S., J. A. SAUVAGEOT *et al.* « Special Section on Seclusion and Restraint: Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harm" in Psychiatric Settings ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1134-1138.
- ROSSBERG, J. I., O. EIRING *et al.* « Work environment and job satisfaction. A psychometric evaluation of the Working Environment Scale-10 ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 2004, p. 576-580.
- RUESCH, P., B. MISEREZ *et al.* « A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? ». *Der Nervenarzt*, 74(3), 2003, p. 259-265.
- RYAN, C. J. & L. BOWERS. « An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 2006, p. 527-532.
- SAILAS, E. & K. WAHLBECK. « Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards ». *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 2005, p. 555-559.
- SALIB, E., A. G. AHMED *et al.* « Practice of seclusion: a five-year retrospective review in north Cheshire ». *Medicine, Science and the Law*, 38(4), 1998, p. 321-327.
- SCANLAN, J. N. « Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature ». *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 2010, p. 412-423.
- SCHANDA, H. & P. TAYLOR. « Aggressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention ». *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69(10), 2001, p. 443,452.
- SCHIFFER, L. & S. COLLINS. « Occupational health services in the HMO setting ». *HMO Practice*, 10(3), 1996, p. 137-139.
- SCHREINER, G. M., C. G. CRAFTON *et al.* « Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion ». *Administration and Policy in Mental Health*, 31(6), 2004, p. 449-463.
- SCLAFANI, M. J., F. J. HUMPHREY *et al.* « Reducing Patient Restraints: A Pilot Approach Using Clinical Case Review ». *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 2008, p. 32-39.
- SEQUEIRA, H. & S. HALSTEAD. « Use of seclusion, restraint and emergency medication ». *British Journal of Psychiatry*, 171, 1997, p. 288-289.
- SINGH, N., S. SINGH *et al.* « Reconsidering the Use of Seclusion and Restraints in Inpatient Child and Adult Psychiatry ». *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 1999, p. 243-253.
- SMITH, A.D. & M. HUMPHREYS. « Physical restraint of patients in a psychiatric hospital ». *Medicine, Science and the Law*, 37(2), 1997, p. 145-149.
- SMITH, G. M., R. H. DAVIS *et al.* « Special Section on Seclusion and Restraint: Pennsylvania State Hospital System's Seclusion and Restraint Reduction Program ». *Psychiatric Services*, 56(9), 2005, p. 1115-1122.
- SORGI, P., J. RATEY *et al.* « Rating aggression in the clinical setting. A retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale: preliminary results ». *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3(2), 1991, p. S52-56.
- STEINERT, T., G. BERGBAUER *et al.* « Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 2007, p. 492-496.

- STEINERT, T., P. LEPPING *et al.* « Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 2010, p. 889-897.
- STEWART, D., M. VAN DER MERWE *et al.* « A Review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients ». *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 2010, p. 413-424.
- STROUT, T. D. « Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 2010, p. 416-427.
- STRUMPF, N. E. & N. TOMES. « Restraining the troublesome patient. A historical perspective on a contemporary debate ». *Nursing History Review*, 1, 1993, p. 3-24.
- STUBBS, B. & N. ALDERMAN. « Physical interventions to manage patients with brain injury: an audit on its use and staff and patient injuries from the techniques ». *Brain Injury*, 22(9), 2008, p. 691-696.
- STUBBS, B., D. LEADBETTER *et al.* « Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 2009, p. 99-105.
- STUBBS, B., G. YORSTON *et al.* « Physical intervention to manage aggression in older adults: how often is it employed? ». *International Psychogeriatrics*, 20(4), 2008, p. 855-857.
- SUEN, L. K., C. K. LAI *et al.* « Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors ». *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 2006, p. 20-28.
- SWETT, C. « Inpatient seclusion: description and causes ». *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 22(3), 1994, p. 421-430.
- TARDIFF, K. & J.R. LION. « Seclusion and restraint. Textbook of violence assessment and management. ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008, p. 339-357.
- TAXIS, J. C. « Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting ». *Issues Mental Health Nursing*, 23(2), 2002, p. 157-170.
- THOMAS, S. D. M., M. DAFFERN *et al.* « Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1), 2009, p. 2-9.
- THORNICROFT, G. & M. TANSELLA. « Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence ». *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 2004, p. 283-290.
- TUNDE-AYINMODE, M. & J. LITTLE. « Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit ». *Australas Psychiatry*, 12(4), 2004, p. 347-351.
- VAN DOESELAR, M., P. SLEEGERS *et al.* « Professionals' attitudes toward reducing restraint: the case of seclusion in the Netherlands ». *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 2008, p. 97-109.
- VAN RIXTEL, A. M., H. L. NIJMAN *et al.* « Aggression and psychiatry--does training have any effect? ». *Verpleegkunde*, 12(2), 1997, p. 111-119.
- VISALLI, H. & G. MCNASSER. « Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge ». *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 2000, p. 35-44.

- WAND, T. & J. FISHER. « The mental health nurse practitioner in the emergency department: an Australian experience ». *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(3), 2006, p. 201-208.
- WANDA, K. M. « Restraints and the code of ethics: An uneasy fit ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1), 2010, p. 3-14.
- WAY, B. B. & S. M. BANKS. « Use of Seclusion and Restraint in Public Psychiatric Hospitals: Patient Characteristics and Facility Effects ». *Hospital Community Psychiatry*, 41(1), 1990, p. 75-81.
- WERTHEIMER, A. « A Philosophical Examination of Coercion for Mental Health Issues ». *Behavioral Sciences and the Law*, 11(3), 1993, p. 239.
- WHITTINGTON, R. « Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience ». *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 2002, p. 819-825.
- WHITTINGTON, R., E. BASKIND *et al.* « Coercive Measures in the Management of Imminent Violence: Restraint, Seclusion and Enhanced Observation », dans D. Richter & R. Whittington (dir.), *Violence in Mental Health Settings*, Springer New York, 2006. p. 145-172.
- WHITTINGTON, R., L. BOWERS *et al.* « Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England ». *Psychiatric Services*, 60(6), 2009, p. 792-798.
- WHITTINGTON, R. & L. HIGGINS. « More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 2002, p. 37-40.
- WHITTINGTON, R. & T. WYKES. « An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression ». *Journal of Clinical Nursing*, 5(4), 1996, p. 257-261.
- WITTE, L. « Reducing the use of seclusion and restraint. A Michigan provider reduced its use of seclusion and restraint by 93% in one year on its child and adolescent unit ». *Behavioral Healthcare*, 28(4), 2008, p. 54, 56-57.
- WYNN, R. « Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3), 2002, p. 287-291.
- WYNN, R. « Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital ». *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 2003, p. 453-459.
- YELLOWLEES, D. « Mechanical Restraint in Cases of Insanity ». *The Lancet*, 99(2547), 1872, p. 880-881.
- YUDOFKY, S. C., J. M. SILVER *et al.* « The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression ». *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 1986, p. 35-39.

Annexe

Annexe V-1

**Questionnaire distribué aux participants (pour le premier
et le deuxième article de ce mémoire)**

Gestion de la violence en santé mentale

Code d'identification : _____

Titre d'emploi : _____

Type d'unité :

Hospitalisation aiguë (< 6 mois)	1
Hospitalisation moyen/long terme (> 6 mois).....	2
Urgence.....	3
Unité soins intensifs.....	4
Hôpital de jour.....	5

Nombre d'heures travail / semaine : _____

Nombre d'années d'expérience:

- Dans ce milieu _____
- En psychiatrie _____

Date d'aujourd'hui:

Jour

Mois

Année

I – RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les quelques questions qui suivent permettront de comparer vos réponses à celles d'autres personnes ayant des caractéristiques semblables aux vôtres. Veuillez encrer votre réponse et inscrire les précisions demandées au besoin.

1. Sexe

Homme 1 Femme..... 2

2. Quel âge avez-vous? _____

3. Quelle est la première langue que vous avez apprise et que vous parlez encore?

- | | | | |
|----------------|----|------------------|----|
| Français | 01 | Portugais | 06 |
| Anglais | 02 | Chinois | 07 |
| Italien | 03 | Vietnamien | 08 |
| Grec..... | 04 | Arabe | 09 |
| Espagnol | 05 | Autre | 96 |
- Précisez: _____

4. Où votre mère est-elle née?

- Au Québec 1
- Autre province du Canada 2 → Précisez la province: _____
- À l'extérieur du Canada 3 → Précisez le pays: _____

5. Où votre père est-il né?

- Au Québec 1
- Autre province du Canada 2 → Précisez la province: _____
- À l'extérieur du Canada 3 → Précisez le pays: _____

6. Dites-nous le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

Dixième année ou secondaire III ou moins.....	10
Onzième année ou secondaire IV	11
Douzième année ou secondaire V	12
Études partielles dans un cégep, une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, une école de sciences infirmières, une école normale	13
Diplôme ou certificat d'études d'un programme technique au cégep, d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale	14
Diplôme ou certificat d'études d'un programme général au cégep	15
Études partielles à l'université	16
Certificat(s) universitaire(s) de premier cycle acquis	17
Baccalauréat(s) acquis	18
Diplôme en médecine, en art dentaire, en médecine vétérinaire, en optométrie ou en chiropractie acquis...	19
Certificat(s) universitaire(s) de deuxième cycle acquis	20
Maîtrise(s) acquise(s)	21
Doctorat(s) acquis	22

7. Avez-vous reçu une formation complémentaire?

Oui..... 1 Non 2

→ Si oui, précisez: _____

8. Avez-vous reçu une formation spécifique d'intervention en situation de violence?

Oui..... 1 Non 2

→ Si oui, précisez: _____

9. Quelle a été la principale religion de votre enfance?

Aucune.....	01	Grecque orthodoxe.....	05
Catholique romaine	02	Juive	06
Église Unie	03	Islamique	07
Anglicane.....	04	Autre	96

→ Précisez: _____

10. Êtes-vous pratiquant?

Oui..... 1 Non 2

Si oui, répondez à la question suivante

11. Si vous avez répondu OUI à la question 10 - Quelle est votre appartenance religieuse actuelle?

Aucune.....	01	Grecque orthodoxe.....	05
Catholique romaine	02	Juive	06
Église Unie	03	Islamique	07
Anglicane.....	04	Autre	96

→ Précisez: _____

12. Quel était approximativement votre revenu personnel total l'AN DERNIER avant déductions d'impôts?

Aucun revenu personnel	00	20 000 \$ - 29 999 \$	05
1 \$ - 999 \$	01	30 000 \$ - 39 999 \$.....	06
1 000 \$ - 5 999 \$	02	40 000 \$ - 49 999\$.....	07
6 000 \$ - 11 999 \$	03	50 000\$ et plus.....	08
12 000 \$ - 19 999 \$	04	Refus de répondre à cette question	99

13. Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge?

Je me considère à l'aise financièrement	1
Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille. ...	2
Je me considère pauvre	3
Je me considère très pauvre	4

II – SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ MENTALE ET RELATIONS SOCIALES

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé et de vos relations sociales. Veuillez encrer votre réponse et inscrire les précisions demandées au besoin.

14. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

Excellente?.....	1	Moyenne?.....	4
Très bonne?.....	2	Mauvaise?.....	5
Bonne?.....	3		

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée.

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
15. Vous êtes vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
16. Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
18. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les « bleus »?	1	2	3	4
19. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4
20. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelques choses?	1	2	3	4
21. Vous êtes vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4
22. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4

23. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
24. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4
25. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4
26. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4
27. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4
28. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4

Si vous avez encerclé le « 1 » pour « JAMAIS » à chacune des questions 15 à 28, passez à la question 34; sinon, répondez aux questions 29 à 33.

29. Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations?

- Les deux dernières semaines 1 → Passez à la question 34.
 Le dernier mois 2 → Passez à la question 34.
 Les six derniers mois 3 → Passez à la question 30.
 La dernière année 4 → Passez à la question 30.
 Plus d'un an 5 → Passez à la question 30.

	Oui	Non
30. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre vie familiale ou sentimentale?	1	2
31. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler?	1	2
32. Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres)?	1	2
33. Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations?	1	2

Les énoncés suivants portent sur des problèmes que vous pouvez avoir vécus **AU COURS DU DERNIER MOIS**. Dites-nous à quelle fréquence ils vous ont affecté(e) **AU COURS DU DERNIER MOIS**.

	Jamais	Rarement	La moitié du temps	Fréquemment	Presque toujours
34. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie.	1	2	3	4	5
35. J'ai manqué de confiance en moi.	1	2	3	4	5
36. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes.	1	2	3	4	5
37. Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e).	1	2	3	4	5
38. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.	1	2	3	4	5
39. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde.	1	2	3	4	5
40. J'ai eu le sentiment d'être inutile.	1	2	3	4	5
41. J'ai été arrogant(e) et même «bête» avec le monde.	1	2	3	4	5
42. J'ai été facilement irritable, j'ai réagi plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on m'a faits.	1	2	3	4	5
43. J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien.	1	2	3	4	5
44. J'ai perdu patience.	1	2	3	4	5
45. J'ai été en conflit avec mon entourage.	1	2	3	4	5
46. Je me suis senti(e) triste.	1	2	3	4	5
47. Je me suis senti(e) déprimé(e), ou « down ».	1	2	3	4	5
48. Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se).	1	2	3	4	5
49. Je me suis senti(e) mal dans ma peau.	1	2	3	4	5

50. Pour vous, la vie spirituelle (c'est-à-dire des croyances ou des pratiques qui concernent l'esprit ou l'âme) est-elle...

Très importante?.....	1	Peu importante?	3
Assez importante?	2	Pas importante?.....	4

51. Croyez-vous que vos valeurs spirituelles ont un effet positif sur votre état de santé physique ou mentale?

Oui, beaucoup	1	Non, pas du tout	3
Oui, un peu	2	Ne sais pas	4

52. Vivez-vous seul(e)?

Oui	1	→ Passez à la question 53.
Non	2	→ Passez à la question 54.

53. Diriez-vous que vous êtes, dans l'ensemble, heureux(se) de vivre seul(e)?

Très heureux(se)	1	Malheureux(se)	4
Heureux(se)	2	Très malheureux(se).....	5
Ni heureux(se) ni malheureux(se)....	3		

54. Avez-vous un(e) conjoint(e), un « chum » ou une « blonde »?

Oui.....	1	Non	2
----------	---	-----------	---

55. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos ami(e)s ou des connaissances?

Plus d'une fois par semaine	1
Une fois par semaine	2
Au moins une fois par mois	3
Environ 1 fois par année	4
Jamais	5

56. Au cours des deux derniers mois, diriez-vous que vous avez passé votre temps libre...

Presque entièrement seul(e)?	1
Plus de la moitié du temps seul(e)?	2
À peu près la moitié du temps seul(e) et la moitié avec d'autres?	3
Plus de la moitié du temps avec d'autres?	4
Presque entièrement avec d'autres?	5

57. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

Très satisfaisante	1	Plutôt insatisfaisante	3
Plutôt satisfaisante	2	Très insatisfaisante	4

58. Avez-vous des ami(e)s?

Oui..... 1 Non 2

Si oui, répondez à la question suivante

59. Si vous avez répondu OUI à la question 58 - En général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos amis?

Très satisfait.....	1	Plutôt insatisfait.....	3
Plutôt satisfait	2	Très insatisfait.....	4

60. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?

Oui 1 → Passez à la question suivante.
 Non..... 2 → Passez à la question 64.

61. Si vous avez SÉRIEUSEMENT pensé à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire?

Oui..... 1 Non 2

62. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

Oui..... 1 Non 2

Si oui, répondez à la question suivante

63. Si vous avez répondu OUI à la question 62 - Avez-vous été conduit(e) ou vous êtes-vous présenté(e) à l'urgence suite à cette tentative de suicide?

Oui..... 1 Non 2

Les questions qui suivent décrivent des événements qui ont pu se produire lorsque vous étiez un(e) enfant ou un(e) adolescent(e).

	Oui	Non
64. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous passé deux semaines ou plus à l'hôpital?	1	2
65. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que vos parents ont divorcé?	1	2
66. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que votre père ou votre mère n'a pas eu d'emploi pour une longue durée alors qu'il ou elle voulait travailler?	1	2
67. Quand vous aviez moins de 18 ans, vous est-il arrivé quelque chose qui vous a effrayé(e) à tel point que vous y avez pensé pendant plusieurs années?	1	2
68. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous dû quitter la maison parce que vous aviez fait quelque chose de mal?	1	2
69. Quand vous aviez moins de 18 ans, est-ce que votre père ou votre mère consommait de l'alcool ou de la drogue si souvent que cela causait des problèmes à la famille?	1	2
70. Quand vous aviez moins de 18 ans, avez-vous été maltraité(e) physiquement par un proche?	1	2

III - TRAVAIL

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre travail. Veuillez encrer votre réponse et inscrire les précisions demandées au besoin.

71. Actuellement, ...

a) travaillez-vous à votre compte (ex. travailleur autonome, consultant, pigiste, sous-traitant)?

Oui..... 1 Non 2

b) travaillez-vous pour un seul employeur?

Oui..... 1 Non 2

c) travaillez-vous pour plus d'un employeur?

Oui..... 1 Non 2

72. Quelle est la taille du département de psychiatrie pour lequel vous travaillez? Ne considérez que l'établissement (le lieu physique, l'endroit) auquel vous êtes rattaché(e). (Référez-vous à l'emploi principal.)

1 à 50 employé(e)s	1	301 à 500 employé(e)s	4
51 à 100 employé(e)s	2	501 employé(e)s et plus	5
101 à 300 employé(e)s	3		

73. Actuellement, votre emploi principal est-il...

un emploi permanent (à temps plein ou à temps partiel)? 1

un emploi temporaire à durée déterminée (avec date de fin d'emploi)?..... 2

un emploi temporaire à durée indéterminée (sans date de fin d'emploi)?..... 3

un autre type d'emploi? 4

→ Précisez: _____

74. Êtes-vous syndiqué(e)? (Référez-vous à votre emploi principal.)

Oui..... 1 Non 2

Pour chacune des questions 75 à 93, indiquez si vous êtes « fortement en désaccord », « en désaccord », « d'accord » ou « fortement d'accord ». Répondez en vous reportant à votre emploi principal.

	Fortemen t en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortemen t d'accord
75. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.	1	2	3	4
76. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.	1	2	3	4
77. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.	1	2	3	4
78. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.	1	2	3	4
79. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.	1	2	3	4
80. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.	1	2	3	4
81. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.	1	2	3	4
82. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.	1	2	3	4
83. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.	1	2	3	4
84. Mon travail exige d'aller très vite.	1	2	3	4
85. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.	1	2	3	4
86. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.	1	2	3	4
87. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.	1	2	3	4
88. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.	1	2	3	4
89. Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, alors je dois y revenir plus tard.	1	2	3	4
90. Mon travail est très mouvementé.	1	2	3	4
91. Je suis souvent ralenti(e) dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.	1	2	3	4
92. Mon travail exige de travailler très fort.	1	2	3	4
93. Je me sens en sécurité à mon travail.	1	2	3	4

94. Comment évalueriez-vous le climat dans votre équipe de travail? Répondez aux énoncés suivants en encerclant vrai ou faux en fonction de votre vécu dans votre équipe de travail.

1. Il y a un sentiment d'unité et de cohésion dans cette équipe.	Vrai	Faux
2. Le responsable passe très peu de temps à encourager les membres.	Vrai	Faux
3. Quand les membres ne s'entendent pas entre eux, habituellement, ils se le disent.	Vrai	Faux
4. Les talents individuels sont reconnus et encouragés dans cette équipe.	Vrai	Faux
5. On accorde très peu d'importance aux tâches pratiques dans cette équipe.	Vrai	Faux
6. On parle ouvertement des problèmes personnels.	Vrai	Faux
7. Les membres critiquent souvent d'autres membres de l'équipe.	Vrai	Faux
8. Les activités (rôles, tâches) de l'équipe sont soigneusement planifiées.	Vrai	Faux
9. Cette équipe est dirigée de façon assez imprécise.	Vrai	Faux
10. La plupart du temps, les choses son passablement routinières dans cette équipe.	Vrai	Faux
11. Il y a très peu d'esprit d'équipe entre les membres.	Vrai	Faux
12. Le responsable fait l'impossible pour aider les membres.	Vrai	Faux
13. C'est difficile de dire comment les membres de cette équipe se sentent.	Vrai	Faux
14. Dans cette équipe, les membres sont en train d'apprendre à compter plus sur eux-mêmes.	Vrai	Faux
15. Cette équipe est pratique, pragmatique.	Vrai	Faux
16. On s'attend à ce que les membres gardent leurs problèmes personnels en dehors de l'équipe.	Vrai	Faux
17. Les membres de cette équipe se disputent rarement.	Vrai	Faux
18. Chaque membre a une idée claire des buts de l'équipe.	Vrai	Faux

19. Le responsable décide habituellement des étapes à venir pour l'équipe.	Vrai	Faux
20. Selon les moments, l'équipe fait des choses très différentes.	Vrai	Faux
21. Il y a un fort sentiment d'appartenance dans cette équipe.	Vrai	Faux
22. Le responsable ne connaît pas très bien les membres.	Vrai	Faux
23. Les membres disent souvent la première chose qui leur vient à l'esprit.	Vrai	Faux
24. Les membres de cette équipe se ressemblent tous.	Vrai	Faux
25. Les efforts de cette équipe se manifestent rarement de façon concrète.	Vrai	Faux
26. Les membres parlent quelquefois avec les autres de leurs sentiments de doute envers eux-mêmes.	Vrai	Faux
27. Quelquefois, dans cette équipe, on se crie par la tête.	Vrai	Faux
28. C'est quelquefois difficile de dire précisément ce qui se passe dans cette équipe.	Vrai	Faux
29. Lors d'un désaccord, le responsable a le dernier mot.	Vrai	Faux
30. On essaye souvent de nouvelles approches dans cette équipe.	Vrai	Faux
31. Les membres de cette équipe se montrent près les uns des autres.	Vrai	Faux
32. Le responsable fournit des explications (éclaircissements) à l'équipe.	Vrai	Faux
33. Dans l'équipe, les membres font preuve de prudence et de contrôle personnel.	Vrai	Faux
34. La plupart des membres suivent instinctivement l'équipe.	Vrai	Faux
35. On prend des décisions dans cette équipe.	Vrai	Faux
36. Les membres parlent quelquefois de leurs rêves et de leurs ambitions.	Vrai	Faux
37. Des sentiments de colère sont rarement exprimés dans cette équipe.	Vrai	Faux
38. Il y a parfois beaucoup de confusion dans cette équipe.	Vrai	Faux

39. Le responsable fait respecter les règlements de l'équipe.	Vrai	Faux
40. Dans son action, l'équipe se sent plus à l'aise avec des approches éprouvées et sûres.	Vrai	Faux
41. Les membres investissent beaucoup d'eux-mêmes dans cette équipe.	Vrai	Faux
42. Le responsable aide les nouveaux membres à faire connaissance avec l'équipe.	Vrai	Faux
43. Les membres ont tendance à cacher leurs sentiments entre eux.	Vrai	Faux
44. On s'attend à ce que les membres prennent des initiatives dans l'équipe.	Vrai	Faux
45. Cette équipe planifie.	Vrai	Faux
46. Les membres discutent très rarement de leur vie intime.	Vrai	Faux
47. Les membres se plaignent souvent.	Vrai	Faux
48. Les règles de l'équipe sont clairement comprises par les membres.	Vrai	Faux
49. Le responsable reprend les membres qui enfreignent les règles de l'équipe.	Vrai	Faux
50. Cette équipe est plutôt statique.	Vrai	Faux
51. Plusieurs membres semblent être dans l'équipe juste pour passer le temps.	Vrai	Faux
52. Le responsable s'intéresse personnellement aux membres.	Vrai	Faux
53. On peut s'exprimer librement dans cette équipe.	Vrai	Faux
54. On encourage les membres de cette équipe à agir d'une façon autonome.	Vrai	Faux
55. On fait relativement peu de travail dans cette équipe.	Vrai	Faux
56. Dans l'équipe, les croyances religieuses des membres ne sont jamais discutées.	Vrai	Faux
57. Certains membres de cette équipe sont assez hostiles à d'autres membres.	Vrai	Faux
58. Cette équipe est bien organisée.	Vrai	Faux

59. Le responsable cède souvent aux pressions des membres.	Vrai	Faux
60. Les gens dans cette équipe sont très intéressés à essayer de nouvelles choses.	Vrai	Faux
61. Les membres sont très fiers de cette équipe.	Vrai	Faux
62. Le responsable n'attend pas beaucoup de l'équipe.	Vrai	Faux
63. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans cette équipe.	Vrai	Faux
64. Les membres ont besoin de l'approbation de leurs décisions par l'équipe avant de les réaliser.	Vrai	Faux
65. Cette équipe concentre ses efforts sur les problèmes quotidiens.	Vrai	Faux
66. Dans l'équipe, les membres peuvent discuter de leurs problèmes familiaux.	Vrai	Faux
67. Le responsable n'engage jamais de débat dans les réunions d'équipe.	Vrai	Faux
68. Le responsable s'assure que les discussions se font toujours dans l'ordre.	Vrai	Faux
69. Les membres peuvent interrompre le responsable quand il parle.	Vrai	Faux
70. Cette équipe accueille bien les idées novatrices.	Vrai	Faux
71. Cette équipe est plutôt apathique.	Vrai	Faux
72. Le responsable le dit aux membres quand ils font bien les choses.	Vrai	Faux
73. Dans l'équipe, les membres font attention à ce qu'ils disent.	Vrai	Faux
74. L'équipe aide les membres à devenir plus confiants en eux-mêmes.	Vrai	Faux
75. Cette équipe n'aide pas ses membres à prendre des décisions pratiques.	Vrai	Faux
76. Dans cette équipe, vous pouvez savoir ce que les autres pensent réellement de vous.	Vrai	Faux
77. Le responsable se met quelquefois en colère contre les membres de l'équipe.	Vrai	Faux
78. L'équipe a un ordre du jour pour chaque réunion.	Vrai	Faux

79. Le responsable a beaucoup plus d'influence sur l'équipe que les autres membres.	Vrai	Faux
80. L'équipe observe habituellement à peu près la même façon de procéder à chaque réunion.	Vrai	Faux
81. Cette équipe est un bon endroit pour se faire des amis.	Vrai	Faux
82. Les membres peuvent compter sur le responsable pour les aider à se sortir de difficultés.	Vrai	Faux
83. Les membres de cette équipe y pensent avant de dire quoi que ce soit.	Vrai	Faux
84. Il y a une forte pression à se conformer à l'équipe.	Vrai	Faux
85. L'équipe aide ses membres à développer de nouvelles habiletés.	Vrai	Faux
86. Cette équipe est un bon endroit pour se défouler.	Vrai	Faux
87. Certains membres sont impliqués dans des querelles insignifiantes avec d'autres.	Vrai	Faux
88. Il arrive quelquefois que même le responsable ne connaisse pas les étapes subséquentes pour l'équipe.	Vrai	Faux
89. Le responsable dit souvent aux membres comment faire les choses.	Vrai	Faux
90. Cette équipe a une façon établie de faire les choses.	Vrai	Faux

Chacun perçoit l'agressivité de la part de patients/patientes de façon différente. Comment percevez-vous le phénomène de l'agressivité?

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

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'avis neutre	D'accord	Fortement d'accord
1. L'agressivité est un comportement désagréable et méprisable.	1	2	3	4	5
2. L'agressivité est inutile et inacceptable.	1	2	3	4	5

3. L'agressivité blesse les autres mentalement et physiquement.	1	2	3	4	5
4. L'agressivité est un geste de violence physique du patient contre un intervenant/une intervenante.	1	2	3	4	5
5. L'agressivité est toujours un comportement négatif et inacceptable; il existe d'autres moyens d'exprimer ses sentiments.	1	2	3	4	5
6. L'agressivité est un moyen déplacé de s'imposer et de dominer les autres.	1	2	3	4	5
7. L'agressivité est le point de départ d'une relation positive patient-intervenant/intervenante.	1	2	3	4	5
8. L'agressivité est une réaction saine à des sentiments de colère.	1	2	3	4	5
9. L'agressivité est un moyen de mieux comprendre la situation du patient.	1	2	3	4	5
10. L'agressivité étant une forme de communication, elle ne doit pas être considérée comme destructive.	1	2	3	4	5
11. L'agressivité est un moyen de se protéger.	1	2	3	4	5
12. L'agressivité est un moyen de protéger son espace personnel.	1	2	3	4	5

96. Actuellement, avez-vous reçu une formation en prévention ou en gestion de l'agressivité payée par votre employeur?

Oui 1 → Passez à la question 97.

→ Précisez: _____

Non 2 → Passez à la question 99.

97. Quel a été le contexte de l'obtention de cette formation?

Obligatoire pour le titre officiel de l'emploi 1 Sur demande d'un groupe d'employés..... 4
 Offerte d'emblée par l'employeur de façon optionnelle... 2 Offerte suite à un incident 5
 Sur demande personnelle 3

98. Avez-vous accès à des mises à jour de cette formation via votre employeur?

Oui..... 1 Non 2

99. Si vous avez répondu NON à la question 96 - Actuellement, est-il possible de recevoir une formation en prévention ou en gestion de l'agression payée par votre employeur?

Oui..... 1 Non 2

100. Y a-t-il un protocole en cas d'agression disponible à votre travail?

Oui..... 1 Non 2

Si oui, répondez à la question suivante

101. Si vous avez répondu OUI à la question 100 - De quelle façon est-il appliqué?

 Systématiquement 1 Parfois 4
 La plupart du temps 2 Jamais 5
 Une fois sur deux 3

102. Quelles mesures de protection en place au travail? **sont**

	Oui	Non	N/A
Détecteur de métal type arche à l'entrée de l'unité/de l'urgence			
Détecteur de métal portatif dans l'unité			
Meubles/objets de la salle fixés au sol			
Boutons de panique portatifs			
Boutons de panique dans les salles d'entrevue à l'urgence			
Boutons de panique dans les salles d'entrevue à l'unité			
Boutons de panique dans les bureaux de clinique externe			
Salles d'entrevue à l'urgence ayant 2 sorties			
Salles d'entrevue à l'étage ayant 2 sorties			
Code blanc (agents de sécurité si patient violent/agité)			
Salle(s) d'isolement			

Contentions physiques			
Contentions chimiques (médication au besoin)			
Visites à domicile par groupe de deux			
Téléphone cellulaire fourni lors des visites à domicile			
Autre → Précisez: _____			

103. Concernant les mesures de protection déjà en place au travail, selon vous...

a) Sont-elles suffisantes? Oui..... 1 Non 2

b) Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?

→ Précisez: _____

104. Quels sont les comportements agressifs qu'il vous arrive d'observer chez les patient(e)s/usagers(ères) de votre milieu de travail? Selon vos observations, quelle en est leur fréquence?

AGRESSION VERBALE : un patient qui...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne	Ne sait pas
1. Fait du grand bruit, crie avec colère	1	2	3	4	5	6
2. Hurlé des insultes personnelles mineures (ex : « Tu es stupide! »)	1	2	3	4	5	6
3. Blasphème violemment, utilise un langage grossier lorsqu'en colère, fait des menaces modérées face aux autres	1	2	3	4	5	6
4. Fait des menaces claires de violence à l'égard des autres (ex : « Je vais te tuer »)	1	2	3	4	5	6

AGRESSION NON VERBALE CONTRE LES AUTRES : un patient qui...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne	Ne sait pas
5. Présente des gestes menaçants (ex : montre son poing, torse bombé)	1	2	3	4	5	6
6. Fixe d'un regard intimidant, lourd de menace	1	2	3	4	5	6
7. Crache, frappe ou lance des objets en votre direction sans pouvoir vous atteindre (en raison d'un obstacle - porte, fenêtre ou vitre)	1	2	3	4	5	6
8. Montre une attitude et des comportements de provocation, de mépris ou d'intimidation (ex : se rapproche de façon inquiétante)	1	2	3	4	5	6

AGRESSION PHYSIQUE CONTRE SOI : un patient qui...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne	Ne sait pas
9. Se gratte ou s'égratigne la peau, se tire les cheveux (sans blessure ou avec blessures mineures)	1	2	3	4	5	6
10. Se frappe, donne des coups sur des objets (se fait mal sans blessure sérieuse)	1	2	3	4	5	6
11. Se fait des lacérations ou contusions mineures, brûlures mineures	1	2	3	4	5	6
12. S'automutile sérieusement: se fait de graves lacérations, se mord au sang, lésions internes, fractures, perte de conscience, s'arrache les dents, avale des médicaments, strangulation	1	2	3	4	5	6

AGRESSION PHYSIQUE CONTRE LES AUTRES : un patient qui...	Jamais	Rarement	De façon mensuelle	Une fois / semaine	De façon quotidienne	Ne sait pas
13. Commet une agression mineure: crache, donne des coups non appuyés, agrippe les vêtements	1	2	3	4	5	6
14. Frappe, donne des coups de pied, pousse, tire les cheveux (sans blessure)	1	2	3	4	5	6

15. Attaque les autres, causant des blessures mineures à modérées (contusions, foulures, traces de coup)	1	2	3	4	5	6
16. Attaque les autres, causant des blessures sévères (fractures, lacérations profondes, lésions internes)	1	2	3	4	5	6

105. Selon vous, quel est le nombre d'événements agressifs au niveau VERBAL dans votre milieu de travail...

durant les 2 dernières semaines? _____ durant les 3 derniers mois? _____

106. Selon vous, quel est le nombre d'événements agressifs au niveau NON VERBAL dans votre milieu de travail...

durant les 2 dernières semaines? _____ durant les 3 derniers mois? _____

107. Selon vous, quel est le nombre d'événements agressifs au niveau PHYSIQUE du patient contre les autres dans votre milieu de travail...

durant les 2 dernières semaines? _____ durant les 3 derniers mois? _____

108. Selon vous, durant VOS QUARTS DE TRAVAIL, quel est le nombre d'événements agressifs ayant mené à la mise en isolement et/ou contentions d'un patient sous la responsabilité de votre équipe?

durant les 2 dernières semaines? _____ durant les 3 derniers mois? _____

109. Lors de ces événements agressifs...

a) Est-ce que le protocole en place a été appliqué (s'il y a lieu)?

Oui 1 Non..... 2 Non applicable..... 3

b) Est-ce que votre formation spécifique reçue a été pertinente (s'il y a lieu)?

Oui 1 Non..... 2 Non applicable..... 3

c) Lorsque indiqué, est-ce que les événements ont été officialisés (c'est-à-dire rapport d'accident, plainte judiciaire, etc.)

Tout le temps..... 1 Quelques fois..... 3
Souvent..... 2 Jamais..... 4

d) Lorsque indiqué, est-ce qu'un soutien psychologique post-événement a été offert?

Tout le temps..... 1 Quelques fois..... 3
Souvent..... 2 Jamais..... 4

Annexe V-2

Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : *La gestion de la violence en santé mentale : étude multicentrique auprès du personnel soignant exerçant dans les hôpitaux psychiatriques québécois.*

Chercheur responsable du projet : Dr Alain Lesage M.D., FRCP(C), M.Phil., DFAPA,
Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal
Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5 Tél.: (514) 251-4015

Cochercheur(e)s

Myriam Bigras, M.D., Université de Montréal	Geneviève Létourneau, M.D., Université de Montréal
Mathieu Bilodeau, M.D., M.A. Université de Montréal	Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.A., Université de Montréal
Sarah Brunelle, M.D., Université de Montréal	Nida Sieu, M.D., Université de Montréal
Luigi De Benedictis, M.D., Université de Montréal	Irena Stikarovska, M.D., Université de Montréal
Alexandre Dumais, M.D., M.S.c., Université de Montréal	Minh-Anh Tran, M.D., Université de Montréal

Lieux où se déroulera le projet : l'hôpital Louis-H. Lafontaine, l'Institut Philippe-Pinel, l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital Notre-Dame, le Pavillon Albert-Prévost de l'hôpital du Sacré-Cœur, le Centre Hospitalier régional de Lanaudière, l'Hôtel-Dieu de St-Jérôme et l'hôpital Charles-Lemoyne.

Chercheur(e) principal(e) local(e) : Dr Alain Lesage M.D., FRCP(C), M.Phil., DFAPA,
Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal
Centre de recherche Fernand-Seguin - Hôpital Louis-H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5 Tél.: (514) 251-4015

Origine du financement: Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, Fonds du Groupe de statistique de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, Département de psychiatrie du CHUM, Département de psychiatrie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, Fondation de l'hôpital Louis-H.-LaFontaine

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

Description du projet

Le projet porte sur la gestion, le vécu et l'impact de la violence en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel soignant. Ainsi, il s'agit de mieux comprendre et enrichir les connaissances sur la présence et la gestion de comportements violents dans le milieu de la santé mentale au Québec et leurs impacts sur les professionnels en faisant l'expérience. Plus particulièrement, il s'agit d'évaluer au niveau des comportements agressifs :

- 1) Leur gestion.
- 2) Les attitudes et cognitions associées à la signification d'un épisode violent.
- 3) Leurs impacts sur la santé mentale du personnel soignant.
- 4) Les facteurs organisationnels mis en cause.

Votre hôpital a été sélectionné pour cette étude. Pour l'ensemble du projet, nous comptons rencontrer au minimum 240 membres du personnel soignant de différents hôpitaux psychiatriques québécois. Propre à votre établissement, le recrutement concernera un minimum d'une trentaine de participant(e)s.

Nature de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à remplir un premier questionnaire portant sur votre expérience de la violence dans votre milieu de travail en santé mentale. Vous serez possiblement invité à remplir un deuxième questionnaire (identique au premier) dans 6 mois puisque nous envisageons de recruter aléatoirement un sous-échantillon d'une centaine de participants dans l'ensemble des hôpitaux participants. Plus précisément, les questions porteront sur les différentes dimensions des comportements agressifs énumérées plus haut (voir Description du projet) ainsi que sur certaines de vos données sociodémographiques (âge, niveau de scolarité, appartenance ethnique, vie spirituelle, etc.). La passation du questionnaire est d'une durée de 30 à 45 minutes environ. Par ailleurs, sous réserve de votre consentement formel, nous comptons constituer une banque de données anonymisée qui pourra être utilisée pour des études ultérieures sur ce même thème de la gestion de la violence en milieux psychiatrique et en santé mentale.

Risques

Nous croyons que votre participation à ce projet ne présente a priori pas de risque pour vous dans la mesure où ils ont été pris en compte et minimisés. Outre le désagrément du temps consacré à compléter le questionnaire, il peut toutefois résulter un inconfort, voire un malaise à répondre au questionnaire dont la teneur est sensible. Le cas échéant, nous vous inviterons à communiquer avec le chercheur responsable afin d'obtenir un soutien adéquat (Dr Alain Lesage, psychiatre et chercheur, 514-251-4015). Par ailleurs, compte tenu de la contextualisation de cette recherche en milieu de travail, nous vous assurons que toutes les informations seront recueillies par un investigateur indépendant et ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé quelconque ou d'un service judiciaire **sauf** si un(e) chercheur(e) de l'équipe du projet considérait que ces informations laissent supposer que votre santé ou votre sécurité ou celles d'autrui puissent être menacées. Vous en seriez alors averti.

Avantages

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel direct à participer à cette recherche si ce n'est le fait d'apprécier l'échange avec quelqu'un intéressé à connaître ce que vous vivez. Par contre, nous espérons que votre participation pourra contribuer à situer la violence en santé mentale dans son contexte organisationnel et permettra d'envisager des manières d'améliorer les conditions favorisant la gestion et la prévention d'événements violents au travail dans le milieu de la santé mentale.

Compensation financière

Suite à votre participation, vous recevrez une compensation forfaitaire de 10\$ à l'occasion de la passation du questionnaire prévue à chacun des 2 temps de l'étude.

Liberté de participation et de retrait

Votre participation est absolument volontaire; vous pouvez y mettre fin sans justification en tout temps lors de l'entrevue ou, par la suite, par un simple avis oral en rejoignant le chercheur responsable ou le cochercheur attitré à votre établissement aux coordonnées indiquées sur la formule de consentement. Votre refus de participer à ce projet ou votre retrait volontaire n'aura de conséquence négative d'aucune sorte notamment sur vos relations de travail.

Par ailleurs, vous serez tenu au courant de toute information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation. Advenant un retrait précoce de l'étude, l'ensemble des données vous concernant seront tout de même conservées de façon anonyme pour ne pas nuire à la scientificité globale du projet.

Retrait du sujet ou arrêt prématuré de la recherche par le chercheur Aucun motif a priori ne pourrait justifier votre retrait ou un arrêt prématuré de la recherche par les chercheur(e)s.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable du projet ainsi que son équipe recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis et vous avez été informé(e) de leur nature. Tous ces renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Cependant, il faut savoir que la loi prévoit que l'assistante de recherche ou le chercheur peut libérer certaines informations aux autorités compétentes en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace le participant, une autre personne ou un groupe de personnes identifiable.

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements vous ne serez identifié que par un numéro de code. Les données du projet seront conservées pendant 7 années par le chercheur principal après quoi, elles seront détruites sauf si vous consentez formellement à la constitution d'une banque de données en vue d'études ultérieures sur ce même thème de la gestion de la violence en milieux psychiatriques et en santé mentale. Votre participation à cette banque serait anonyme, c'est-à-dire sans possibilité de retracer votre identité.

À des fins de surveillance et de contrôle de la qualité, votre dossier de recherche pourra être consulté par les autorités compétentes (agence gouvernementale ou délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permette une forme d'identification quelconque qu'il s'agisse de vous ou de votre institution.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable, le Dr Alain Lesage.

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Communication des résultats généraux

Tou(te)s les participant(e)s pourront assister à la fin du projet, à une présentation des conclusions de l'étude. Les lieux et dates de la communication en seront précisés ultérieurement.

Personnes Ressources

Pour toutes questions, éclaircissements, précisions concernant le projet de recherche ou si vous croyez que vous éprouvez un problème de santé relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet de recherche aux numéros suivants : Dr Alain Lesage (514) 251-4015 du lundi au vendredi de 9h à 16h.

Pour tous renseignements concernant vos droits à titre de participant(e)s à un projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le(la) commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine (Mme Élise St-Amant au (514)251-4000, poste 2920).

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du Centre Fernand Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche

Pour toutes informations ou si vous avez des commentaires, des insatisfactions en ce qui concerne les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Dr Robert Élie, M.D. Ph.D., président du comité d'éthique de la recherche, à l'hôpital Louis-H. Lafontaine de Montréal, au (514) 251-4015 poste: 2356

Une copie du document que vous vous apprêtez à signer vous sera remise.

Ces informations vous étant données, le consentement prend la forme suivante :

Consentement du (de la) participant(e) et déclaration d'engagement du (de la) chercheur(e)

Signature du(de la) participant(e)

Par la présente, je _____ confirme mon consentement à participer au projet de recherche conduit par une équipe de chercheurs du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine et de médecins résidents en psychiatrie provenant de l'Université de Montréal. Le responsable du projet est le Dr Alain Lesage (Téléphone : 514 251-4000; Adresse : Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5). Ce projet porte sur la gestion, le vécu et l'impact de la violence en milieu hospitalier psychiatrique auprès du personnel soignant.

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du(de la) participant(e) :

_____ **Date :** _____

Déclaration du chercheur

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans conséquence négative d'aucune sorte et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Signature du(de la) chercheur(e) principal(e) local(e) :

_____ **Date :** _____

Signée à : _____

Signature du chercheur responsable :

_____ **Date :** _____

Annexe VI-1

**Autorisation de rédiger son mémoire par article et
signatures des co-auteurs**

Montréal, le 12 novembre 2010

Dr Daniel Lajeunesse, Ph. D.
Centre de Recherche du CHUM
Hôpital Notre-Dame
Local Y-2603 Pavillon J.A.-De Sève
1560, est rue Sherbrooke
Montréal, Québec
H2L 4M1

Téléphone : 514 890-8000 poste 28914 (bureau) ou poste 28907 (laboratoire)

Télécopie : 514-412-7583

Objet : Demande d'autorisation de rédiger par articles (Mémoire de maîtrise)

1. Identification de l'étudiant

Luigi De Benedictis

2. Nom de l'unité académique

Département de psychiatrie, Faculté de médecine

3. Nom du programme

Programme 2-484-1-0 Version 06

M. Sc. (sciences biomédicales) – option sciences psychiatriques

4. Liste des articles proposés

En tout, le mémoire contiendra deux articles.

-PREMIER ARTICLE:

Titre de l'article: « *Predictors of Seclusion and Restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff* »

Auteurs (dans l'ordre):

Luigi De Benedicits, M.D.

Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph. D. (candidat)

Nida Sieu, M.D.

Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.Sc.

Geneviève Létourneau, M.D.

Minh-Anh Tran, M.D.

Irena Stikarovska, M.D.

Mathieu Bilodeau, M.Mus., M.D.

Sarah Brunelle, M.D.

Gilles Côté, Ph. D.

Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Cet article a déjà été **soumis et accepté** pour publication au journal *Psychiatric Services*.

-DEUXIÈME ARTICLE:

Titre de l'article: « *Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)* »

Auteurs (dans l'ordre):

Luigi De Benedictis, M.D.

Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph. D. (candidat)

Marie-Christine Stafford, M.Sc.

Gilles Côté, Ph. D.

Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Cet article a déjà été **soumis** pour publication à l'*International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

5. Signature et déclaration de l'étudiant concernant les articles

-Par la présente, je tiens à certifier que l'article « *Predictors of Seclusion and Restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff* » a été rédigé par le soussigné. Les coauteurs ont participé à la construction de la banque de données qui a mené aux différentes analyses statistiques. Cependant, l'interprétation de ces données et leur analyse ont été menées par le soussigné. Les coauteurs ont également participé à la validation scientifique ainsi qu'à la correction de la version finale de l'article.

Luigi De Benedictis, MD

Date

Résident en psychiatrie (Cinquième année)

-Par la présente, je tiens à certifier que l'article « *Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)* » a été rédigé par le soussigné. Les coauteurs ont participé à la construction de la banque de données qui a mené aux différentes analyses statistiques. Cependant, l'interprétation de ces données et leur analyse ont été menées par le soussigné.

Les coauteurs ont également participé à la validation scientifique ainsi qu'à la correction de la version finale de l'article.

Luigi De Benedictis, MD

Date

Résident en psychiatrie (Cinquième année)

6. Avis et signature du directeur de recherche

- Par la présente, je consens à ce que le mémoire de maîtrise de Luigi De Benedictis, étudiant auprès duquel j'agis présentement à titre de directeur de recherche, soit rédigé par articles. Je vous confirme également qu'à ma connaissance, les informations ci-dessus mentionnées concernant les deux articles sont exactes.

Dr Alain Lesage, MD, M.Phil.

Date

Médecin-Psychiatre

7. Décision ou recommandation et signature du directeur de programme

- Je consens à ce que l'étudiant Luigi De Benedictis puisse inclure dans son mémoire de maîtrise les articles mentionnés ci-dessus.

Dr Daniel Lajeunesse, Ph. D.

Date

Montréal, le 12 novembre 2010

Dr Daniel Lajeunesse, Ph. D.
Centre de Recherche du CHUM
Hôpital Notre-Dame
Local Y-2603 Pavillon J.A.-De Sève
1560, est rue Sherbrooke
Montréal, Québec
H2L 4M1

Téléphone : 514 890-8000 poste 28914 (bureau) ou poste 28907 (laboratoire)

Télécopie : 514-412-7583

Objet : Accord des coauteurs d'articles entrant dans la composition d'un mémoire de maîtrise

1. Identification de l'étudiant et du programme

Luigi De Benedictis

Programme 2-484-1-0 Version 06

M. Sc. (sciences biomédicales) – option sciences psychiatriques

2. Description de l'article

Titre de l'article: « *Predictors of Seclusion and Restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff* »

Auteurs (dans l'ordre):

Luigi De Benedicits, M.D.
 Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph. D. (candidat)
 Nida Sieu, M.D.
 Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.Sc.
 Geneviève Létourneau, M.D.
 Minh-Anh Tran, M.D.
 Irena Stikarovska, M.D.
 Mathieu Bilodeau, M.Mus., M.D.
 Sarah Brunelle, M.D.
 Gilles Côté, Ph. D.
 Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Cet article a déjà été **soumis et accepté** pour publication au journal *Psychiatric Services*.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

-À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que **Luigi De Benedictis** inclure l'article identifié ci-dessus dans son **mémoire de maîtrise** qui a pour titre : *«Les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier»*.

Alexandre Dumais

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Nida Sieu

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Marie-Pierre Mailhot

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Geneviève Létourneau

From: pscentral@psych.org

Subject: Psychiatric Services Decision - APPI-PS-00222-2010.R2

Body: Dear Dr. De Benedictis,

We are happy to advise you that the revised version of your paper entitled "**Predictors of Seclusion and Restraint Measures in Psychiatric Wards: a Survey of Psychiatric Staff**" (APPI-PS-00222-2010.R2) has been accepted for publication in Psychiatric Services.

Papers are accepted with the understanding that they are subject to editing for clarity, elimination of redundancies, and conformity with Psychiatric Services style. You will have the opportunity to review the edited paper before publication, and you can make any necessary corrections or changes at that time.

In order to publish your paper, we must receive signed copies of the Authorship/ Disclosure/Copyright Transfer form from all authors. A copy of the form is attached, and instructions for submitting it are on the form. The corresponding author is responsible for ensuring that all forms are received. It is not necessary to submit all the signatures on a single form; co-authors may submit forms separately. The journal also accepts electronic files of signed forms. Please submit no later than November 10.

Each author receives one complimentary copy of the issue in which the paper is published. Because all copies are mailed to the corresponding author, please be sure your address is current in your ScholarOne Manuscripts user account.

Thank you for submitting your paper to the journal. We look forward to receiving future work.

Sincerely,

Howard H. Goldman, M.D., Ph.D.

Editor
Psychiatric Services

Date Sent: 13-Oct-2010

Montréal, le 12 novembre 2010

Dr Daniel Lajeunesse, Ph. D.
Centre de Recherche du CHUM
Hôpital Notre-Dame
Local Y-2603 Pavillon J.A.-De Sève
1560, est rue Sherbrooke
Montréal, Québec
H2L 4M1

Téléphone : 514 890-8000 poste 28914 (bureau) ou poste 28907 (laboratoire)

Télécopie : 514-412-7583

Objet : Accord des coauteurs d'articles entrant dans la composition d'un mémoire de maîtrise

1. Identification de l'étudiant et du programme

Luigi De Benedictis

Programme 2-484-1-0 Version 06

M. Sc. (sciences biomédicales) – option sciences psychiatriques

2. Description de l'article

Titre de l'article: « *Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)* »

Auteurs (dans l'ordre):

Luigi De Benedictis, M.D.

Alexandre Dumais, M.D., M.Sc., Ph. D. (candidat)

Marie-Christine Stafford, M.Sc.

Gilles Côté, Ph. D.

Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Cet article a déjà été **soumis** pour publication à l'*International Journal of Methods in Psychiatric Research*.

3. Déclaration de tous les coauteurs autres que l'étudiant

-À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que **Luigi De Benedictis** inclure l'article identifié ci-dessus dans son **mémoire de maîtrise** qui a pour titre : *«Les facteurs influençant l'utilisation des mesures d'isolement et de contentions en milieu psychiatrique intrahospitalier»*.

Alexandre Dumais

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Marie-Christine Stafford

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Gilles Côté

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

Alain Lesage

Coauteur	Signature	Date
----------	-----------	------

De Benedictis et al.: Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)

Dear Dr De Benedictis,

Thank you very much for your submission to IJMPR.

The article entitled “Factor Analysis of the French Version of the Shorter 12-Item Perception of Aggression Scale (POAS) and of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS)” has been received by IJMPR. The assigned manuscript number is 10-093 to which you should refer in any future correspondence. I will start the review process and will inform you about the outcome soon.

I thank you very much for submitting your work to our journal.

Yours sincerely,

Sarah Forberger

International Journal of Methods in Psychiatric Research

Sarah Forberger, MA

Editorial Manager

Hans-Ulrich Wittchen

Editor

Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Straße 46
01187 Dresden
-GERMANY-

Phone: +49 351 463 35288 fax: + 49 351 463 39830

Website: <http://www.interscience.wiley.com/journal/mpr>

Annexe VII-1

Cadre méthodologique de la section VII. Discussion

Une revue de la littérature scientifique actuelle portant sur les alternatives à l'usage des mesures coercitives en psychiatrie s'est faite dans un premier temps à partir des bases de

données de MEDLINE, PsycINFO et Embase. Aucune balise n'a été retenue par rapport aux dates de parution des articles et la recherche portait sur des articles publiés en français et en anglais. Les mots suivants ont été retenus dans un premier temps: « Perception* » **OR** « Behavior » **OR** « Attitude* » **OR** « View* » **AND** « Violence » **OR** « Assault* » **OR** « Aggress* » **AND** « Nurs* » **OR** « Ward* » **OR** « Resident* » **OR** « Staff » **AND** « Psych* » **OR** « Mental health » **AND** « Patient* ». Puis, dans un deuxième temps, une autre recherche a été effectuée avec les mots suivants: « Seclusion » **OR** « Restraint » **OR** « Containment » **AND** « Psychiatric » **OR** « Mental Health » **AND** « Violence » **OR** « Aggression » **OR** « Assaults » **AND** « Staff » **OR** « Work » **OR** « nurse ». Une fois les résultats de ses deux recherches combinés et les doublons enlevés, cent soixante et onze (171) articles ont été jugés pertinents pour le sujet traité. À partir de tous les articles trouvés, une recherche manuelle a été complétée par la suite pour trouver des références complémentaires pertinentes.