

Université de Montréal

**Le développement d'une grille d'évaluation du risque
d'agression physique en communauté.
L'implantation de G.E.R.A.C. à l'Urgence-Psychosociale-Justice**

par

Marie-Andrée Legault Ibaceta

École de criminologie

Rapport de stage présenté à la Faculté des arts et des sciences en vue de l'obtention du grade de maîtrise en criminologie (option intervention).

Octobre 2012

© Marie-Andrée Legault Ibaceta, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport de stage intitulé :

Le développement d'une grille d'évaluation du risque d'agression physique en communauté

Présentée par :
Marie-Andrée Legault Ibaceta

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Lafortune, directeur de recherche
Marion Vacheret, présidente du jury
Catherine Laurier, membre du jury

Résumé

Ce rapport porte sur les enjeux relatifs à l'évaluation du risque d'agression physique présenté par des personnes souffrant de troubles mentaux et évoluant dans la communauté. Plus précisément, l'objectif est de soutenir l'évaluation du risque lors d'une intervention de crise. Pour ce faire, nous avons créé une grille d'évaluation du risque d'agression physique en communauté. Dans un premier temps, afin d'atteindre cet objectif, il a fallu effectuer une recension des écrits portant sur l'estimation du risque d'agression chez des individus ayant un état mental perturbé. Ensuite, nous avons acquis les connaissances sur l'outil START à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas à Montréal, à l'unité Perry 2A. Basé sur les connaissances que nous acquises, nous avons créé la Grille d'Évaluation du Risque d'Aggression physique en Communauté (G.E.R.A.C). Dans un deuxième temps, nous avons tenté d'implanter cette grille au service de l'Urgence psychosociale-justice de Montréal du CSSS Jeanne-Mance.

La G.E.R.A.C. a donc été développée avec la collaboration des professionnels de l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas et des professionnels du service de l'Urgence psychosociale-justice. Ils ont complété quelques questionnaires qui ont permis la construction de la grille définitive, où huit facteurs de risques sont ressortis comme pertinents à l'évaluation du risque d'agression physique dans un contexte d'intervention de crise: la désorganisation psychotique, l'état émotionnel, le contrôle des impulsions, l'inobservance à la médication, la consommation de substances psychoactives, la conduite, l'exposition aux facteurs déstabilisants et le soutien social. La mise en place de cette grille a démontré une différence entre la théorie et la pratique. En effet, certains facteurs ont été plus utilisés lors de l'évaluation malgré leur importance égale selon la littérature. Pour expliquer les résultats, quelques difficultés dans la mise en œuvre de la G.E.R.A.C ont été soulevées : l'absence de l'implication visible des cadres supérieurs, la non-attribution de ressources désignées, le manque de coordination dans les activités et la mise en œuvre avec un petit nombre de participants. Malgré les difficultés de l'implantation, il demeure important que l'estimation du risque d'agression physique se base sur des critères appuyés par la recherche plutôt que sur des opinions personnelles afin d'obtenir une évaluation plus exacte et une meilleure cohésion des résultats dans l'équipe.

Mots clés: évaluation du risque d'agression, dangerosité, comportements violents, facteurs de risques, START, Urgence psychosociale-justice.

Abstract

This report focuses on issues related to risk assessment of physical aggression shown by persons with mental disorders in the community and evolving. More specifically, the objective is to support the risk assessment in a crisis intervention. To do this, we created a rubric risk of physical assault in the community. As a first step to achieve this objective, it was necessary to conduct a literature review on the risk assessment of aggression in individuals with a disturbed mental state. Then we have the knowledge on the START tool to Mental Health University Institute in Montreal Douglas, unity Perry 2A. Based on the knowledge we gained, we created the Matrix Risk Assessment of Physical Aggression Community (GERAC). In a second step, we tried to implement this grid service Emergency psycho-justice of Montreal CSSS Jeanne-Mance.

The G.E.R.A.C. has been developed in collaboration with professionals of the Institut Universitaire Douglas Mental Health professionals and service Emergency psycho-justice. They completed several questionnaires that allowed the construction of the final grid, where eight risk factors emerged as relevant to the assessment of risk of physical aggression in a context of crisis intervention: the psychotic disorganization, state emotional, impulse control, noncompliance with medication, substance use, conduct, exposure to destabilizing factors and social support. The implementation of this grid showed a difference between theory and practice. Indeed, some factors have been increasingly used in the evaluation despite their equal importance in the literature. To explain the results, some difficulties in the implementation of the GERAC were raised: lack of visible involvement of senior management, the non-designated resource allocation, lack of coordination of activities and implementation work with a small number of participants. Despite the difficulties of implementation, it is still important that the estimated risk of physical aggression based on criteria supported by research rather than personal opinions in order to obtain a more accurate and better cohesion results the team.

Keywords : risk assessment of aggression, danger, violent behaviour, risk factors, START, Urgence psychosociale-justice.

Table de matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	X
REMERCIEMENTS	XI
INTRODUCTION	1
I. CHAPITRE : La recension des écrits	4
1. Introduction	4
2. Quelques définitions en lien avec le risque de violence	4
3. Les facteurs de risques ciblés lors des évaluations de la dangerosité	6
3.1. Les facteurs de risque individuels	6
3.2. Les facteurs de risques historiques	8
3.3. Les facteurs de risques cliniques	9
3.4. Les facteurs de risques contextuels	12
4. Débats actuel entre les approches	13
4.1. L'approche actuarielle	13
4.2. L'approche clinique subjective	15
4.3. L'approche clinique structurée	15
4.4. Une perspective clinique ajustée selon le contexte d'évaluation	16
5. L'outil START (choisi pour le projet)	16
6. Le service de l'Urgence Psychosociale-Justice	18
7. Les huit facteurs de risque	20
7.1. La désorganisation psychotique	20
7.2. L'état émotionnel	21
7.3. Le contrôle des impulsions	22
7.4. L'observance de la médication	22
7.5. La consommation de substances psychoactives	23
7.6. La conduite	24
7.7. L'exposition à des facteurs déstabilisants	25

7.8. Le soutien social	26
8. Les résistances au changement dans une organisation de travail	27
9. Les manifestations de résistances	27
10. Les causes de la résistance au changement	28
10.1. Les causes individuelles	28
10.2. Les causes collectives	29
10.3. Les causes politiques	29
10.4. Les causes liées au système organisationnel	29
11. Les conséquences de la résistance	30
12. Les stratégies pour faire face au changement	30
13. L'implantation d'un outil d'évaluation	31
14. La conclusion	32
II. CHAPITRE : La description des milieux de stages, des activités et les objectifs du stage	33
1. Les milieux du stage	
1.1. Le pavillon Perry 2A à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas	33
1.1.1. Les mandats de l'établissement	33
1.1.2. La description des patients	35
1.1.3. Les contingences institutionnelles	35
1.1.4. Les sources de référence	36
1.1.5. La description de l'évaluation initiale	37
1.1.6. La description des interventions	38
1.1.7. L'évaluation START	38
1.1.8. Les enjeux éthiques et déontologiques	39
1.2. L'Urgence Psychosociale-Justice	40
1.2.1. Les mandats du service UPS-J	41
1.2.2. La description de la clientèle	41
1.2.3. La description des itinéraires de références	42
1.2.4. Les sources de références	42
1.2.5. La description de l'évaluation initiale	42
1.2.6. La description des interventions	43
1.2.7. Le travail multidisciplinaire	44

1.2.8. Le enjeux éthiques et déontologiques	44
2. Le rôle du criminologue dans les milieux de stage	45
3. Les objectifs du stage	45
3.1. L'objectif général	45
3.2. Les objectifs spécifiques et activités réalisées durant la première partie du stage	46
3.3. La description et la justification des activités réalisées durant la seconde partie du stage	48
4. Les grilles construites lors du stage	49
4.1. L'évaluation des caractéristiques de la menace	49
4.2. L'évaluation du risque d'agression en communauté	51
5. La conclusion	52
III. CHAPITRE : La présentation du matériel	53
1. La première partie du stage	53
1.1. L'outil START	53
1.1.1. L'exemple d'une grille : Monsieur A	54
1.1.2. L'évolution	57
1.1.3. Les apprentissages réalisés	57
1.2. Les rapports d'évolution présentés en audience	57
1.2.1. L'exemple d'un rapport d'évolution de monsieur B	58
1.2.2. L'évolution du cas	62
1.3. Les sorties dans la communauté	62
1.3.1. L'exemple d'une sortie avec Monsieur C	62
1.3.2. L'évolution du cas	64
1.4. L'évaluation des besoins criminogènes	64
1.4.1. L'exemple des besoins criminogènes de monsieur D	64
1.4.2. L'évolution du cas	66
2. La deuxième partie du stage : une grille ajustée aux passages à l'acte agressif pouvant survenir dans la communauté	66
2.1. La validation de la pertinence du contenu de la grille dans le premier milieu de stage, à l'Institut Universitaire en Santé Mentale	66

2.1.1. Le questionnaire explorant les aspects à évaluer par rapport au risque d'agression envers autrui selon les intervenants de l'Institut Universitaire en Santé Mentale	67
2.1.2. Les résultats de l'exercice précédent fait par les professionnels de l'Institut Universitaire en Santé Mentale	68
2.2. La validation de la pertinence du contenu de la grille dans le deuxième milieu de stage au service de l'Urgence Psychosociale-Justice	68
2.2.1. Le questionnaire explorant les définitions des aspects à considérer lors d'une évaluation du risque d'agression envers autrui, selon les intervenants de l'Urgence Psychosociale-Justice	69
2.2.2. Les résultats de l'exercice précédemment fait par les professionnels de l'Urgence Psychosociale-Justice	71
2.3. La version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémonique P.I.C.C. Dans le 2 ^e milieu de stage, le service de l'Urgence Psychosociale-Justice	71
2.3.1. L'exemple de la version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémonique P.I.C.C.	71
2.3.2. Les résultats de l'exercice réalisé par les professionnels du service de l'Urgence Psychosociale-Justice, concernant la version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémonique P.I.C.C.	75
2.4. La version définitive de la G.E.R.A.C.	75
2.4.1. L'exemple de la grille définitive G.E.R.A.C.	75
2.5. Le cahier du participant	76
2.6. Le questionnaire de l'appréciation de la G.E.R.A.C. auprès des participants	76
2.6.1. L'exemple du questionnaire sur l'appréciation de la grille	76
IV CHAPITRE : Les résultats et les analyses du matériel	78
1. Tableau : Les caractéristiques individuelles des participants de l'UPS-J et leur contribution à l'implantation de la grille G.E.R.A.C.	78
2. Tableau : Le pourcentage d'utilisation des items de la G.E.R.A.C	81
3 Tableau : Le nombre total des items observés de la G.E.R.A.C. pour chaque client	84

4. Tableau : Le nombre total des items observés de la grille P.I.C.C. pour chaque client	85
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	i
ANNEXE 1	xii

Liste des tableaux

I. Tableau : Les caractéristiques individuelles des participants de l'UPS et leur contribution à l'implantation de la grille G.E.R.A.C.	78
II. Tableau : Le pourcentage d'utilisation des items de la G.E.R.A.C.	81
III. Tableau : Le nombre total des items observés de la G.E.R.A.C. pour chaque client	84
IV. Tableau : Le nombre total des items observés de la P.I.C.C. pour chaque client	85

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement, Carlos Venegas un de mes superviseurs de stage, de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, pour sa grande disponibilité et de son écoute. Je remercie aussi Danny Gagnon de m'avoir encouragée dans mon projet.

J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe du Perry 2A de l'Institut Universitaire en Santé Douglas, pour leur disponibilité et leur expertise.

Un grand merci à l'équipe de l'Urgence Psychosociale-Justice du CSSS Jeanne-Mance qui m'a accompagnée jusqu'à ma rédaction. Je vous remercie de votre participation à mon projet, de votre intérêt et de vos encouragements. Vous m'avez beaucoup aidée dans l'accomplissement de mon projet de stage.

Merci à Denis Lafortune, mon directeur, pour ses conseils, son expertise ainsi que sa patience. Toutes ces qualités furent grandement appréciées tout au long de ce projet. Merci également d'avoir fait preuve de souplesse et de m'avoir encouragée à achever ce rapport.

Introduction

Depuis longtemps, un stéréotype veut que les personnes souffrant de maladie mentale soient plus violentes que la population générale. Or, nous savons, maintenant, que le risque d'agression et de violence que présentent les personnes ayant un trouble mental, peut être évalué avec une validité acceptable étant basée sur une documentation scientifique. Monahan et ses collègues ont aussi rappelé que la maladie mentale et la violence ne sont pas aussi fortement associées que le public semble le croire (2001, p.3; voir aussi Stuart, 2003). Sur ces questions, la création d'outils d'évaluation permet d'élaborer une terminologie et une perspective communes.

Historiquement, la manière d'aborder l'évaluation du risque d'agression a varié, allant des modèles actuariels du risque, jusqu'aux modèles qui considèrent l'importance des facteurs statiques aussi bien que des facteurs dynamiques.

Présentement, il y a débat autour des mérites de chacun des instruments, même s'il est maintenant accepté par tous que l'évaluation clinique non structurée n'a pas, ou seulement peu, de validité prédictive. Plusieurs instruments d'évaluation du risque de violence générale ont été élaborés au cours des dernières années. Le HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves et Hart, 1997); the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (Savry, Borum, Barel et Forth, 2003); the Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (Grann et al., 2001); the Broset Violence Checklist (Almvik et Woods, 2003); the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (Webster, Martin, Brink, Nicholls et Middleton 2006) en sont quelques exemples.

Vu le succès de ces instruments, dans de nombreux milieux (carcéraux, hospitaliers et communautaires), les intervenants emploient désormais des grilles structurées pour effectuer leur propre évaluation du risque. C'est en tenant compte des enjeux cliniques relatifs à l'évaluation du risque que notre intérêt s'est porté sur le START. Ce dernier guide la prise de décision relative à sept risques : la violence envers autrui, le suicide, l'autodestruction, l'abus de substances, la négligence de soi, la victimisation et le congé non autorisé. Nous nous sommes concentrés sur l'un de ceux-ci soit le risque de violence envers autrui. Notre apprentissage a débuté à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas au Perry 2A, qui est le lieu où a été faite l'adaptation québécoise de l'outil. Le Perry 2A est une unité fermée sécuritaire pour les

individus ayant un trouble mental. Les mandats de ce pavillon sont la gestion du risque et la réhabilitation psychosociale intensive. Après avoir acquis les connaissances relatives au START, nous avons voulu approfondir les enjeux relatifs à l'évaluation du risque d'agression physique par des personnes évoluant dans la communauté. Pour ce faire, nous avons développé une grille, nommée G.E.R.A.C. (grille d'évaluation du risque d'agression en communauté), afin d'outiller des professionnels dans leur évaluation clinique. Cette grille devait être considérée comme un aide-mémoire pour les participants.

Nous avons tenté de procéder à une première évaluation de la validité apparente des items de la G.E.R.A.C. au service de l'Urgence psychosociale-justice, qui est un service d'urgence sur l'île de Montréal. Les intervenants qui y travaillent sont appelés à faire l'estimation de la dangerosité en lien avec l'état mental des individus présentant un trouble de santé mentale, incluant les troubles de la personnalité. De plus, ils sont mandataires de la loi P.38-001, ce qui signifie qu'ils peuvent contraindre un individu à se rendre dans un centre hospitalier s'il représente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui.

Pour pouvoir atteindre l'objectif général du projet de stage, il a été nécessaire d'acquérir des connaissances sur la dangerosité, les comportements violents et les facteurs de risque en lien avec les différents contextes d'évaluation. Ensuite, la G.E.R.A.C. a été développée avec la collaboration des professionnels de l'Institut Douglas et des professionnels du service de l'Urgence psychosociale-justice. Ceux-ci ont rempli quelques questionnaires qui ont permis la construction de la grille définitive. Finalement, lors de l'implantation de la grille, il y a eu quelques difficultés, telles que la présence de résistances et de manque de structure dans la mise en œuvre.

Le premier chapitre de ce rapport est consacré à une recension des écrits portant sur les facteurs de risque, ainsi que sur l'outil START. Vient ensuite le cœur du projet, soit les facteurs de risque qui ont été retenus dans la G.E.R.A.C. et la discussion de leur pertinence lors de l'évaluation du risque d'agression. Finalement, la résistance au changement organisationnel est abordée, puisqu'il s'agit d'un des obstacles que nous avons dû affronter lors de l'implantation d'un nouvel outil clinique.

Le deuxième chapitre est consacré à la présentation du milieu de stage, des objectifs poursuivis et des activités qui ont été réalisées. Notamment les services et les mandats sont exposés, ainsi que le rôle des professionnels à l'unité Perry 2A à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas. La présentation du service Urgence psychosociale-justice est faite, ainsi que les mandats et le fonctionnement de ce service.

Le troisième chapitre est consacré à la présentation du matériel clinique qui a été recueilli à partir du START. Le matériel clinique présenté est tiré d'évaluations que nous avons effectuées lors de notre stage à l'unité Perry 2A à l'Institut Douglas; soit lors des réunions d'équipe ou lors des audiences au tribunal administratif du Québec. Il provient aussi des interventions que nous avons effectuées auprès de quelques patients du pavillon. Pour terminer, nous présentons les questionnaires complétés auprès des professionnels de l'Institut Douglas et auprès des professionnels de l'Urgence psychosociale-justice.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des résultats de l'implantation de la G.E.R.A.C. Il y a eu également les observations faites en regard des résultats de l'utilisation et de l'appréciation de la grille.

En conclusion, un bref rappel de la problématique, ainsi que de l'analyse de la problématique sont suivies de quelques recommandations relatives à une prochaine implantation du G.E.R.A.C. dans le service de l'Urgence psychosociale-justice.

I. Chapitre : La recension des écrits

1. L'introduction.

Depuis longtemps, un stéréotype veut que les personnes souffrant de troubles mentaux soient plus violentes que la population générale. Or, telle n'est pas le constat fait dans les travaux scientifiques. La période actuelle de la recherche sur les liens entre la maladie mentale et la violence a commencé en 1990 lorsqu'une première grande étude épidémiologique aborda le sujet (Swanson, Holzer, Gangu & Jono, 1990). Avant cela, les données ne se basaient que sur des études de corrélations qui comportaient plusieurs lacunes méthodologiques. Par exemple, leurs échantillons représentaient seulement la population carcérale (Norko & Baranoski, 2005), ce qui faisait surgir la question de la violence des individus ayant un trouble mental en milieu carcéral. Actuellement, la méthodologie est plus développée et les résultats des études ont une plus grande validité externe et interne due aux meilleurs contrôles des variables étudiées (ex. : Blumenthal et Lavender, 2000); Elbogen,2002).

En ce qui concerne les professionnels travaillant dans le domaine de la psychiatrie-justice, ils ont la responsabilité d'effectuer des évaluations approfondies de la santé mentale des personnes contrevenantes. Les soins et la gestion des dossiers soulèvent plusieurs enjeux cliniques, dont celui de la gestion du risque de violence. Les cliniciens sont alors mis devant une tâche d'évaluation des risques qui s'appuie sur une bonne connaissance des corrélats de la violence. La difficulté à laquelle les professionnels sont exposés est que ces données demeurent souvent contradictoires. Il y a donc un manque de consensus au sujet du lien existant entre les troubles mentaux graves et la violence.

2. Quelques définitions en lien avec le risque de violence.

Quelques définitions ont été retenues afin de développer ce projet. La définition de la violence choisie est celle de Webster, Douglas, Eaves et Hart (1997). Pour eux, la violence désigne tout acte causant des blessures à une autre personne ainsi que toute tentative ou menace de même nature. D'autres définitions plus récentes ont été proposées, par exemple, dans l'étude de la fondation MacArthur intitulée Violence Risk Assessment Study (Monahan, Steadman & Silver, 2001), le comportement menaçant est considéré comme violent seulement si la personne a une arme en sa possession. Cette définition est trop contraignante et restrictive pour les objectifs de ce

projet dans lequel la menace verbale doit être considérée. En effet, Webster, Douglas et al. (1997) sont d'avis que toutes les menaces qui transmettent une intention claire et sérieuse d'agir doivent être incluses dans la violence. En ce qui concerne la grille développée lors du stage, son objectif consiste à guider les intervenants dans l'évaluation du comportement agressif. C'est pour cela qu'une approche restrictive comme celle de Monahan, Steadman et Silver (2001) ne peut être retenue.

Face à la nécessité de prouver qu'il y a une menace significative, plusieurs auteurs ont tenté de clarifier des critères pertinents à l'évaluation du risque de violence (Dvoskin & Heilbrun, 2001; Litwack, 2001; Melton, Petrila, Poythress & Slobogin, 1997). Au Québec, en matière civile, rappelons que le contexte légal est encadré par diverses lois provinciales qui protègent les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, dont le Code civil du Québec (1991, c. 64, art. 10 et ss) et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001).

Les chercheurs semblent s'entendre sur la nécessité de prendre en considération trois variables pour évaluer le risque de violence chez un individu, soit : a) la gravité, b) l'imminence, c) la probabilité. (Dvoskin & Heilbrun, 2001; Litwack, 2001; Melton et al., 1997). La gravité potentielle d'une récidive est évaluée en lien avec les antécédents de violence. L'imminence est évaluée par la présence de plans de passage à l'acte violent et de ses circonstances. La probabilité est définie par des méthodes actuarielles qui reposent sur des items combinés selon une pondération prédéterminée dans le but d'aboutir à un score total et à un degré du risque.

Dans le projet, le terme «risque» tient compte de la définition proposée par Hart en 2001 qui désigne l'éventualité d'un événement défavorable dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude. Il est nécessaire de se référer à la nature de cet événement, soit à la probabilité de son apparition, sa fréquence et sa durée, la gravité de ses conséquences et l'imminence de sa survenue possible (Hart, 2001). Certains auteurs, tels que Angermeyer (2000), différencient le risque relatif du risque attribuable. Le risque relatif désigne l'existence d'une relation entre un facteur clinique et un résultat. Par exemple, un trouble de santé mentale sur l'Axe 1 ou un abus de substances psychoactives est souvent associé à un comportement de violence (Marzuk, 1996). Le risque

attribuable décrit la proportion des actes de violence commis par une population présentant un facteur de risque spécifique. Par exemple, les personnes présentant des troubles psychiatriques sur l'Axe 1 ne sont responsables que d'une petite part des crimes violents. En effet, les données montrent que la plupart des crimes violents sont commis en l'absence d'un trouble psychiatrique majeur (Angermeyer, 2000).

En ce qui concerne la dangerosité, selon Steadman, Monahan et Appelbaum (2000), c'est un concept légal qui englobe a) les facteurs de risques, b) les dommages causés et c) la probabilité de l'acte violent. Pour sa part, Burgelin (2004) aborde la dangerosité psychiatrique comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale. Enfin, pour Bénézech et Bourgeois (2001), la dangerosité psychiatrique est la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence par la présence de la symptomatologie aiguë de la maladie mentale, dans un contexte donné.

L'évaluation du risque est donc l'évaluation d'un individu, en vue de déterminer le risque qu'il commette des actes de violence dans un contexte donné (Gravier & Lustenberger, 2005). Le but de l'évaluation est la prévention d'actes de violences ultérieures (Hart, 2001), selon les facteurs de risque qui sont présents.

3. Les facteurs de risque ciblés lors des évaluations de la dangerosité.

Les facteurs de risque qui sont inclus dans les outils d'évaluation de la dangerosité peuvent être sous-divisés en quatre catégories : individuels, historiques, cliniques et contextuels.

3.1. Les facteurs de risques individuels.

Les facteurs de risques individuels englobent la différence entre les sexes, des caractéristiques sociodémographiques et la consommation de substances psychoactives.

En ce qui concerne la différence entre les sexes, nous pouvons remarquer que dans la communauté, les hommes sont plus enclins à adopter des comportements violents que les femmes (Statistique Canada, 2008). Par contre, les femmes hospitalisées en psychiatrie sont plus fréquemment violentes que les hommes (Wash, Gilvarry, Samele, Harvey, Manley & Tattan, 2004). Dans une autre étude, portant sur des échantillons de patients psychiatriques récemment

admis ou de patients ayant récemment reçu un congé de l'hôpital, les résultats montrent que les hommes ne sont pas plus susceptibles d'être violents que les femmes (Robbins, Monahan & Silver, 2003).

Dans la population carcérale, le sexe biologique peut être un facteur de risque chez les individus n'ayant pas de troubles mentaux. Il est donc un moins bon prédicteur pour les échantillons de patients hospitalisés ou ayant un problème de santé mentale. L'étude de Grann (2006) montre que les troubles mentaux ont plus d'effet sur la violence des femmes que sur celui des hommes. En effet, le risque de violence chez les hommes atteints de schizophrénie ou autres troubles psychotiques est quadruplé comparativement à la population générale. Chez les femmes atteintes d'un trouble psychotique, le risque est sextuplé comparativement à la population générale (Grann, 2006). La gravité et les conséquences de la violence sont plus graves chez les hommes atteints de troubles mentaux: ils commettent des blessures plus graves et sont plus souvent arrêtés (Robbins, Monahan & Silver, 2003). Ceci peut expliquer les taux plus élevés d'arrestations chez les hommes souffrant de troubles mentaux. À la lumière de ces études sur la différence entre les sexes et de la controverse qui y est associée, les intervenants qui évaluent le risque d'agression pour les personnes ayant un trouble mental ne doivent pas considérer le genre comme un facteur de risque (Voyer, Senon, Paillard & Jaafari, 2009).

Les variables sociodémographiques sont prises en compte dans l'évaluation de la dangerosité. Pour le risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles psychotiques ou de l'humeur, ces variables sont les mêmes que pour la population générale: jeune âge, sexe masculin, faible niveau socio-économique et faible niveau d'étude.

L'âge du patient est considéré comme un facteur de risque pour la violence et le comportement criminel dans la population générale. Ainsi, les adolescents et les jeunes adultes sont plus susceptibles de commettre des actes violents (Voyer et al. 2009; Warren, Hurt & Loper, 2002). Otto (2002) souligne que l'âge perd sa valeur prédictive du comportement violent lorsque l'individu présente une désorganisation au niveau de son état mental. À ce moment, il n'aurait pas plus de corrélation significative entre l'âge et le risque de passage à l'acte.

Silver (2000 b) a constaté que l'environnement à risque, l'effet du voisinage, le niveau socio-économique faible (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990) et le niveau de scolarité faible sont des facteurs associés à une augmentation du risque de violence (Stueve & Link, 1997).

Dans la population générale, la littérature démontre une augmentation du risque de violence chez les personnes qui consomment des substances psychoactives (Bennett & Barnett, 2003 ; Buckley, 2006). Chez les individus ayant des pathologies psychiatriques, le risque de violence est deux à cinq fois plus élevé (Steadman, Mulvey, Monahan, Robbins, Appelbaum & Grisso, 1998). Cet aspect est donc reconnu comme étant un facteur de risque à considérer dans l'évaluation du risque d'agression.

La combinaison d'abus de drogues et d'alcool a été démontrée comme un des meilleurs prédicteurs de la violence (Swartz, Swanson, Hiday, Borum, Wagner, & Burns, (a) (1998), Kjelsberg (2004). Cependant, Swanson et al. (2006) soulèvent que la relation entre la violence et l'abus de substances est modulée par la présence d'autres facteurs de risques, par exemple, un trouble de la personnalité antisociale ou de psychopathie.

3.2. Les facteurs de risques historiques.

Des facteurs de risques historiques comme les antécédents de violence, le type de violence et les cibles des actes violents sont considérés comme importants lors de l'évaluation (Voyer, Senon., Paillard, & Jaafari, 2009). Estroff et Zimmer (1994) soulignent eux aussi l'importance des facteurs de risques historiques, tels que la nature des relations interpersonnelles de l'individu, l'expérience subjective et l'état clinique, comme influant sur la prédiction des comportements violents de l'individu.

Swanson et al. (2006) ajoutent que lorsque les cliniciens évaluent une personne ayant un trouble de santé mentale, il faut considérer la présence de troubles de comportement ou de délinquance lors de l'enfance. Cette variable aurait une corrélation avec le risque de violence envers autrui (Skeem, Schubert, Odgers, Mulvey, Gardner, & Lidz, 2006; Mulvey, Odgers, Skeem, Garden, Schubert, & Lidz, 2006).

Selon certaines études concernant la population générale, la victimisation de l'individu dans son enfance joue un rôle dans l'augmentation du risque de violence (Dean, Washl, Moran, Tyrer, Creed & Byford, 2006; Swanson, Swartz, Essock, Osher, Wagner & Goodman, 2002). Il est aussi à noter que, par rapport à la population en général, les individus souffrant de troubles mentaux sont deux à trois fois plus souvent victimes d'actes de violence à l'âge adulte (Hiday, Swartz, Swanson, Borum & Wayner, 2001). Ce facteur augmente donc le risque de comportements violents (Elbogen & Johnson, 2009). Selon une étude, il y a un lien entre la victimisation et la violence institutionnelle chez les femmes souffrantes de troubles mentaux et incarcérées (Warren, Hurt, et al., 2002). Il y a des résultats qui ont montré une absence d'association entre les expériences de violence sexuelle lors de leur enfance et l'augmentation du risque de violence (Monahan et al. 2001; Swanson et al., 2002). Cette contradiction démontre que d'autres recherches sont nécessaires concernant la relation causale entre la victimisation lors de l'enfance et les comportements violents à l'âge adulte.

Deux autres facteurs historiques peuvent être liés à la violence chez des personnes atteintes de troubles mentaux. Tout d'abord, la criminalité parentale est liée à la récidive violente chez les délinquants atteints de troubles mentaux. Ce résultat provient de données auto-déclarées de violence chez les patients psychiatriques en communauté (Monahan et al., 2001; Steadman et al., 2000). De plus, la toxicomanie des parents est aussi associée à la criminalité et à la violence chez les individus ayant un problème de santé mentale (Monahan et al., 2001; Steadman et al., 2000).

3.3. Les facteurs de risques cliniques.

Les facteurs de risques de type cliniques sont sous-divisés en trois parties : les troubles mentaux, les troubles de personnalité et les troubles organiques.

Dans la classification des symptômes positifs et négatifs, elle a été introduite par la neuropsychiatre américaine Andreasen dans les années 1980, les symptômes positifs sont les symptômes qui s'ajoutent à l'expérience de la réalité et aux comportements habituels. Ils comprennent les éléments communs aux états psychotiques aigus: idées délirantes, hallucinations, dépersonnalisation ainsi que les troubles cognitifs regroupés sous le terme de désorganisation ou de troubles du cours de la pensée. Les symptômes négatifs sont ainsi nommés, car ils reflètent le déclin des fonctions normales et se traduisent par une altération des fonctions

cognitives complexes d'intégration: altération des fonctions mnésiques, difficultés de concentration, pauvreté du langage spontané; aussi du fonctionnement social ou émotionnel : altération de la vie en relation, abrasement des affects et d'athymhormie (motivation) ou d'anhédonie (plaisir). Les recherches ont démontré qu'une corrélation existe entre la violence et les symptômes actifs de troubles psychotiques aigus, où il y a plus de symptômes positifs que négatifs (Beck, 2004; Gray et al., 2003; McNeil, Eisner, & Binder, 2000; Swanson et al., 2006; Teasdale, Silver, & Monahan, 2006). La présence de délires de type contrôle et de type persécution (Link & Stueve, 1994; Beck, 2004), de voix mandatoires (Volavka, Citrome & Huertas, 2006) et de trouble obsessionnel compulsif (Swanson et al, 2000) sont les symptômes positifs les plus corrélés avec le risque de violence. De plus, il semble exister un sous-groupe de patients psychiatriques plus dangereux que la population générale en psychiatrie en termes de risques de comportements violents envers autrui. Il s'agit des patients qui ont des antécédents de passages à l'acte hétéroagressif, qui n'observent pas leur médication psychiatrique, qui abusent de substances intoxicantes et qui présentent une symptomatologie aiguë (Milaud & Dubreucq, 2005).

La schizophrénie est l'un des troubles psychiatriques les plus étudiés en lien avec le risque de passage à l'acte violent. Tiihonen et al. (1997), dans une étude faite auprès d'une cohorte étudiée dès la naissance en Finlande, rapportent que le risque de violence est sept fois plus élevé chez les personnes souffrant de schizophrénie et trois fois plus élevé chez les personnes souffrant de psychose en comparaison avec les individus n'ayant pas de problèmes de santé mentale. De nouvelles études spécifient que la schizophrénie doit être en lien avec d'autres facteurs de risques afin que le risque de violence augmente (Nestor, 2002). Arsenault, Moffitt, Caspi, Taylor et Silva (2000) confirment cette donnée en spécifiant que la comorbidité combinant une dépendance aux drogues et une schizophrénie est fortement liée à la violence. Batles, Drake et Wallach (1991) précisent que les plus hauts taux d'agressivité sont corrélés de façon significative au sexe masculin, au diagnostic de trouble schizo affectif, ainsi qu'à l'absence de traitements pharmacologiques.

En ce qui concerne le trouble bipolaire, le risque de violence est présent lors d'un épisode maniaque, dû à l'apparition de symptômes mégalomaniaques où il y a une désorganisation de la

pensée ou du comportement (Quanbeck & McDermott, 2005). Plus précisément, cet épisode peut amener une augmentation de l'impulsivité, de l'irritabilité et des difficultés de jugement, pour ainsi accroître le risque de passage à l'acte violent.

Des travaux sur la dépression indiquent qu'elle est fréquente chez les personnes violentes et est considérée comme un facteur de risque pour l'homicide-suicide (Hillbrand, 2001; Marzuk, Tardif & Hirsch, 1992). Certains chercheurs ont souligné la nécessité d'évaluer le risque de violence des clients en combinaison avec le risque de suicide ou d'autodestruction (Hillbrand, 2001 ; Link, Gould & Ratanayake, 2003). Il y aurait donc un chevauchement entre ces formes d'agressions. Selon le modèle de perspective ethno évolutionniste de Plutchick et Van Praag (1994), certains facteurs comme la perte, les menaces et les défis mènent à une augmentation du risque d'agression envers soi et envers autrui. Il y a d'autres facteurs de risque communs chez les individus qui s'automutilent, qui se suicident et qui sont agressifs envers autrui, tels que l'impulsivité (Polvi, 1997) et l'abus de substance (Warm, Murray & Fox, 2003).

À la lumière de ces informations, il est à noter que malgré le fait que l'individu ait un diagnostic de maladie psychiatrique, cela n'implique pas que cette personne soit plus violente que la population en général, même si sa pathologie peut la rendre plus vulnérable. En effet, il faut considérer les facteurs de risques présents lors de l'évaluation pour présumer de la probabilité d'un passage à l'acte hétéroagressif.

Parmi les facteurs de risque de type cliniques, il est important de souligner le rôle des troubles de la personnalité. Moran, Walsh, Tyrer, Burns, Creed et Fahy, (2003) ont démontré que les troubles de la personnalité sont significativement associés à la violence, cette association étant indépendante des effets des autres facteurs de risque de violence comme un trouble à l'Axe 1. En effet, la présence de troubles de la personnalité a été décrite comme l'une des variables les plus fortement prédictives de la violence (Monahan & al., 2001). Chez les patients ayant un trouble de la personnalité associé, le passage à l'acte est caractérisé par l'impulsivité, souvent en lien avec une consommation problématique de substances psychoactives.

Plus précisément, le trouble de la personnalité antisociale est associé à une augmentation importante du risque de violence (Joyal, Putkonen, Paavola et Tiihonen, 2004), dû aux

caractéristiques associées tels l'absence d'empathie, l'indifférence, l'égoïsme, la tendance au mensonge et à la manipulation. Le passage à l'acte violent est fréquent chez ces individus ayant un trouble de la personnalité en raison de leur intolérance à la frustration. Hodgins, Tiihonen et Ross (2005) ont démontré que les passages à l'acte survenus chez les patients schizophrènes ayant un trouble de la personnalité antisociale n'ont pas de lien avec une désorganisation psychotique, mais avec leur trouble de personnalité antisociale.

Finalement, chez les patients ayant un trouble de la personnalité ou de psychopathie associé à un trouble de l'axe 1, le passage à l'acte violent peut se différencier de celui d'individu ayant seulement un diagnostic à l'axe 1 (Moran, Walsh et al., 2003). Cette comorbidité peut donc expliquer certaines différences entre les études.

Concernant les facteurs cliniques, il faut noter que les atteintes organiques ont un rôle dans le risque de violence, d'où l'importance lors de l'évaluation de vérifier si l'individu a subi récemment des tests neuropsychologiques. Par exemple, les atteintes frontales dans certains cas de psychoses entraînent une diminution des capacités de contrôle pulsionnel et de gestion de la colère (Joyal, Gendron, Cote, 2008; Hoptman, 2002), ce qui expliquerait les actes de violence à répétition.

Voyer, Senon et Paillard (2009) spécifient que les cibles sont différentes selon les facteurs cliniques, faisant partie des proches de l'individu ou non. Avec les troubles neurologiques, les actes de violence apparaissent souvent en réaction à une frustration. Il n'y a donc pas de cibles particulières et la récurrence est fréquente, comparativement aux gestes de violence dus à des délires (tel que la persécution). Les délires ont souvent une cible désignée au sein de la famille. La récurrence, dans ces cas-là, est plus rare.

3.4. Les facteurs de risques contextuels.

Lors d'évaluation du risque de violence, il faut aussi s'intéresser aux facteurs contextuels (Silver, 2000), plus précisément aux événements stressants qui surviennent dans l'environnement et peuvent avoir un impact sur le risque individuel de violence (Elbogen & Johnson, 2009). L'Association Canadienne en Santé Mentale considère que la santé mentale reflète la perception qu'une personne a d'elle-même, des autres et de son existence. La santé mentale d'un individu a

donc une influence sur l'interaction avec son entourage. Monahan et Steadman (2001, voir aussi Monahan & Steadman, 1994 a) ont bien expliqué cette situation en disant que : « le risque doit être traité comme une estimation de la probabilité ou de la fréquence qui change au fil du temps et du contexte » (p.205).

Pour conclure, nous pouvons dire que l'évaluation clinique du risque de comportement violent doit se centrer sur l'étude des facteurs de risque individuels, cliniques, historiques, contextuels. Il y a aussi la connaissance des antécédents des actes violents et des infractions, tout en précisant le contexte et la victime. Il convient également d'évaluer l'intensité des symptômes des troubles de l'axe I, la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité antisociale associé et la consommation de substances intoxicantes.

4. Débat actuel entre les approches

Concernant la compétence des cliniciens dans l'évaluation du risque de violence, l'APA (2001) mentionne que bien que les psychiatres ne puissent prédire la dangerosité avec précision, ils peuvent souvent déterminer les facteurs de risque associés à un risque accru de comportement violent. Sous l'influence de John Monahan, plusieurs instruments cliniques et professionnels d'évaluation du risque ont été développés au cours des dernières années afin d'éviter la violation des droits de la personne par l'utilisation exagérée d'hospitalisations involontaires. Il est à noter que les recherches au sujet de l'élaboration des outils accordent moins d'attention au risque de violence à court terme qu'au risque à long terme (Watts, Leese, Thomas, Atakan & Wykes, 2003).

Il existe trois approches relatives à l'évaluation du risque de violence envers les autres (Webster & Hucker, 2003; Blumenthal & Lavender, 2000) soit: actuarielle, clinique subjective et clinique structurée.

4.1. L'approche actuarielle

La première approche, la méthode actuarielle, vise la prédiction du risque. Selon cette méthode, le risque de violence est analysé sous une forme algorithmique, à partir de règles fixes, et à l'aide d'une démonstration du lien entre une série de variables et le risque de violence. Cette méthode

est fondée sur des facteurs que l'on peut repérer par l'analyse du dossier de l'individu, comme l'état mental, les antécédents de troubles mentaux et la violence antérieure.

Hall (1984) a regroupé trois catégories de variables qui fondent la plupart des approches actuarielles. La première catégorie se compose des variables concernant la violence passée du sujet. Ces variables soulignent la fréquence, la sévérité et le type de comportement violent présenté par le sujet dans son histoire passée. L'exposition du sujet évalué à des comportements violents ou à un vécu de victimisation dans son enfance est aussi considérée comme pertinente. La deuxième catégorie est composée des éléments qui renforcent les comportements violents tels qu'un environnement à risque, un mode de vie marginal ou de consommation de substances psychoactives. La troisième catégorie englobe les stimuli susceptibles de déclencher la violence du sujet.

Ces instruments visent la prédiction la plus fidèle des comportements de violence, mais dans une population donnée, pour un risque donné, sur une période donnée. Par cette précision, il faut comprendre qu'il y a seulement une « proportion de gens dans un groupe qui pourraient se rendre coupables de violence dans certaines circonstances spécifiques pendant une période donnée » (Monahan, 1981), cité par Litwack (2001). Ces instruments ne sont donc pas particulièrement utiles pour les cliniciens travaillant en intervention de crise (Dvoskin & Heilbrun, 2001). Cela s'explique par le fait que les mesures actuarielles sont largement fondées sur des données historiques et durables, telles que des traits de caractères personnels. Elles sont efficaces et fiables seulement pour les indicateurs de risques, sans considérer les fluctuations du risque. En outre, elles sont conçues pour créer un profil actuariel de « l'individu à risque ».

Norko et Baranoski (2008) décrivent en ces termes la différence entre l'approche actuarielle et l'approche clinique subjective : « les évaluations actuarielles décrivent les risques comme climatiques contrairement au clinicien qui traite des risques météorologiques quotidiens » (p78). Cette métaphore illustre que le professionnel doit évaluer le risque dans le quotidien de l'individu, alors que les évaluations actuarielles décrivent le risque comme un état stable.

4.2. L'approche clinique subjective

La deuxième approche accorde une prépondérance au jugement clinique concernant le risque évalué. En se basant sur les connaissances empiriques concernant la violence et l'évaluation clinique de l'individu, le clinicien fait donc une estimation qualitative. Cette méthode permet une flexibilité et une adaptation sur mesure à la situation clinique en question.

Mulvey et Lidz (1998) ont noté que lors de leur étude en utilisant une approche clinique subjective, les facteurs prédictifs de la violence avaient été utiles lors d'hospitalisation à long terme et en gestion ambulatoire, car ils permettent de savoir non seulement qui est à risque de violence, mais dans quelles circonstances ce risque deviendra une réalité.

Certains chercheurs ont obtenu des résultats mitigés quant à la précision des jugements cliniques au sujet de la prédiction de la violence future. Ils sont d'avis que l'approche clinique subjective devrait avoir peu de place, dans l'évaluation du risque au niveau professionnel et éthique (Litwack, 2001; Webser & Hucker, 2003). Monahan (1981) précise, pour sa part, qu'une évaluation de la dangerosité purement basée sur le jugement clinique n'est exacte qu'une fois sur trois. Hoptman, Volavka, Johnson, Weiss, Bilder et Lim (2002) ont aussi noté qu'en l'absence d'instruments structurés, les psychiatres avaient utilisé un certain nombre de facteurs qui n'étaient pas corrélés avec le risque de violence, par exemple la race, l'éducation, les arrestations ou l'hostilité. Par contre, ils n'avaient pas utilisé certains prédicteurs réels, par exemple, la présence de comorbidité, d'un diagnostic de schizophrénie et de troubles de la pensée. Odeh, Zewiss et Huss (2006) ont également noté ces données en démontrant que les cliniciens ont tendance à utiliser des données cliniques qui ne sont pas significativement corrélées avec la violence sur une période de deux ans.

4.3. L'approche clinique structurée

Finalement, la troisième approche utilisée dans le projet est en lien avec le Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) est la méthodologie d'évaluation clinique structurée (Nicholls, Ogloff & Douglas, 2004). Le START sera présenté ultérieurement. Les évaluations cliniques semi-structurées reposent sur des instruments qui guident le clinicien (Douglas, Ogloff, & Hart, 2003). L'évaluation du risque se fait ici à partir de lignes directrices,

qui elles-mêmes synthétisent des connaissances scientifiques actualisées. La rédaction des conclusions doit se faire de façon «transparente », avec un examen systématique des éléments. Toutefois, l'évaluateur est considéré avoir l'habileté de juger le niveau du risque.

4.4. Une perspective clinique ajustée selon le contexte d'évaluation.

Gravier et Lustenberger (2005) spécifient que l'évaluation des comportements violents fait appel à des questionnements de nature totalement différente en fonction du contexte où elle est sollicitée, à savoir : a) en urgence, b) en situation de suivi à court, moyen ou long terme, c) en contexte de psychiatrie légale. En urgence, l'évaluation du risque de violence a pour but de gérer le risque immédiat. Les professionnels doivent proposer une réponse rapide et adaptée à la situation. L'évaluation à court ou moyen terme permet l'élaboration d'une prise en charge. Elle est plus fiable; les professionnels ont alors la possibilité de définir les éventuels stimuli déclencheurs et de déterminer quel est le degré de l'urgence d'une situation. Selon Gravier et Lustenberger (2005), l'évaluation à long terme, c'est le pronostic, c'est-à-dire le jugement sur l'évolution de la maladie et l'évaluation des effets du traitement pharmaceutique en lien avec la maladie mentale du patient.

Au cours d'un procès, l'évaluation est aussi influencée par le contexte légal. Avant le procès, le but est de déterminer la responsabilité pénale en se basant sur l'analyse de l'acte, des circonstances et de l'état mental du patient pendant le crime. Gravier et Lustenberger (2005) mentionnent que l'évaluation du risque de comportement violent est basée sur la question de la responsabilité criminelle. Selon eux, elle permet de mettre à distance les éléments contextuels.

Après la décision judiciaire, l'évaluation du risque de comportement violent est différente. Les professionnels évaluent selon l'évolution de la personne en fonction de la violence de l'acte, de la stabilisation de l'état mental et de l'historique. Les professionnels doivent faire face aux gestes violents potentiels du justiciable.

5. L'outil START (choisi pour le projet).

Le projet s'est organisé à partir de l'outil START (The short-term assessment of risk and treatability) (Nicols, Brink, Desmarais, Webster & Martin, 2006). Le but de cet outil est d'aider

les cliniciens à localiser la source du risque de violence envers autrui chez les personnes atteintes d'un trouble mental.

Cet outil est composé entièrement de variables dynamiques sensibles au traitement, qui peuvent être modifiées grâce à des programmes de traitement. Il vise à offrir des directives structurées et des critères pour répondre aux multiples enjeux auxquels les cliniciens sont confrontés lors de leurs évaluations. Sans dénigrer l'importance des facteurs de risques historiques, il a été démontré dans certaines études que les mesures qui mettent l'accent sur les traits (par exemple le PCL-R de Hare, 2003) et les marqueurs de risque historiques (HCR-20, Webster et al., 1997) pourraient avoir relativement moins d'utilité au moment de prédire le risque aigu de violence (Mc Niel, Gregory, Lam Binder & Sullivan, 2003) et l'agression de faible degré (ex : n'avoir pas causé une blessure ou poser des gestes n'impliquant pas l'utilisation d'une arme, voir Skeem & Mulvey, 2001).

Hart (2003) explique en ces termes la raison pour laquelle les concepteurs ont intégré les forces dans l'instrument d'évaluation : *« toutes les formes d'évaluation du risque semblent avoir en commun certains problèmes et déficiences. Elles tendent à mettre l'accent sur les facteurs associés à un risque accru, à des caractéristiques ou à des traits négatifs par nature, plutôt que sur les forces personnelles, les ressources ou les facteurs «tampons». Une évaluation du risque exhaustive, conçue pour aider au développement de forces d'intervention, doit prendre en compte de tels traits positifs. »* (Hart et al., 2003, p6, références omises). Quant à Rogers (2000), il spécifie que les évaluations axées seulement sur les risques représentent une vision biaisée et une vision négative de la population ciblée.

Cet outil exige des professionnels une démarche particulière afin d'évaluer les « opposés » des risques. Il est depuis longtemps reconnu que les facteurs protecteurs ne sont pas que la contrepartie des facteurs de risques, d'où la présence de deux échelles dans cet outil (Borum, Bartel & Forth, 2003). La cotation des facteurs protecteurs amène le clinicien à parvenir plus facilement aux objectifs de traitement (Borum et al., 2003). Le START se différencie des instruments antérieurs, car il guide la prise de décision relativement à sept types de risques : la violence envers autrui, le suicide, l'autodestruction, l'abus de substances, la négligence de soi, la

victimisation et le congé non autorisé. Hillbrand (2001) affirme que l'évaluation et le traitement doivent être faits simultanément. Il s'agit, par exemple, d'évaluer le risque suicidaire et le risque de violence des clients tout en développant un plan de traitement afin de gérer ces deux risques (Links, Gould & Ratnayake, 2003). Les cliniciens sont appelés à évaluer au cours d'une période donnée, la mesure dans laquelle ces risques sont : faibles, modérés ou élevés. Cette mesure est basée sur une impression générale après que tous les facteurs aient été étudiés et pris en compte dans un avenir rapproché (Monahan et al., 2001) afin de minimiser les possibilités de conséquences négatives (McNiel et al., 2002).. Mc Niel et ses collègues expliquent ce que le START propose comme objectif : « [que]... le clinicien évalue la nature et le degré de risque qu'un individu peut poser concernant certains types de comportements, à la lumière des conditions et contextes supposés, et prend en compte les types d'interventions qui pourraient réduire le potentiel de violence » (pp148-149). Cela rappelle la recommandation de Dvoskin et Heilbrun (2001) selon qui il est nécessaire d'avoir une approche où les besoins, les risques et les déficits de l'individu sont d'abord identifiés par une évaluation, puis où les interventions ciblent les besoins et renforcent les facteurs de protection. Le succès de telles interventions est enfin mesuré par les observations de comportements, la réponse au traitement et l'évaluation du risque (Dvoskin & Heilbrun, 2001).

L'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas (2009) spécifie que le START peut être utilisé pour évaluer le risque immédiat dans les cas de décompensation aiguë, de crise de patients hospitalisés, lors d'un suivi à l'externe ou dans les cas de réadaptation de patients en psychiatrie générale. À première vue, cette spécification convient à notre besoin d'outil d'évaluation du risque immédiat pour des individus vivant dans la communauté. Cet instrument est applicable à tous les types d'environnements (hospitalier, correctionnel et dans la collectivité) pour cibler les risques que la personne pose des gestes violents envers elle-même et les autres et permet l'évaluation de facteurs protecteurs (nommés aussi forces) de l'individu.

De plus, il y a une section dans le START où une formule mnémotechnique est proposée. En effet, la formule MENACE indique : «menace de nuire, croyable, faisable, immédiate et spécifique». Elle peut aider les professionnels de la santé à prendre une décision dans l'immédiat. À partir de l'outil START, Martin (2005) a développé un programme pour évaluer le potentiel de violence

chez les patients en psychiatrie légale. Il a démontré que les résultats obtenus ne varient pas d'une profession à l'autre, ce qui signifie une bonne fidélité inter-juge. En plus, les patients qui avaient des comportements violents ont eu un score plus élevé que ceux n'ayant démontré aucune agressivité, ce qui signifie une bonne prédiction de comportements violents.

6. Le service de l'Urgence Psychosociale-Justice.

Dans ce projet, l'évaluation du risque pour des individus souffrant de troubles mentaux et vivant dans la communauté implique le service l'Urgence psychosociale-justice, milieu où les intervenants sont appelés à estimer la dangerosité dans l'immédiat en lien avec l'état mental. En situation de crise, qui implique la gestion d'une urgence, les intervenants de première ligne doivent donner une réponse rapide aux besoins de l'individu, estimer la dangerosité qu'il représente envers lui-même et envers autrui et assurer la sécurité de l'individu et de la société.

En moment de crise, le clinicien oeuvrant dans ce service peut être appelé à appliquer la Loi de la protection des personnes (P-38.001, 1997,1 c.75, a.1), qui vise la protection des personnes dont l'état mental présente un danger imminent pour elles-mêmes ou autrui. En vertu de cette loi, il peut demander aux policiers de conduire, contre son gré, l'individu dans un centre hospitalier afin de le soumettre à une évaluation psychiatrique. On applique cette loi seulement lorsque la situation est dite «exceptionnelle» parce qu'elle nécessite une action immédiate pour protéger la personne ou les autres. Litwack (2001) mentionne qu'« une norme applicable ne serait pas définie comme tout type de violence susceptible de se manifester à n'importe quel moment dans l'avenir, mais plutôt une violence suffisamment grave se manifestant suffisamment tôt à l'avenir [...] » (p.411).

Lorsque l'individu présente donc une dangerosité grave et immédiate, il est accompagné de façon volontaire ou non par les intervenants, afin d'être évalué par un psychiatre. Si la personne présente un danger grave, mais non immédiat ou qu'elle est sans danger, les intervenants le réfèrent à des services sociaux et d'aide, tentent de rétablir le lien avec son équipe traitante ou de briser l'exclusion de l'individu de son environnement. Ces intervenants sont mandataires de l'application de la loi P.38-001. Il est souhaitable qu'ils aient une grille structurée pour les aider

dans leur évaluation sur l'état mental de l'individu, en particulier en ce qui concerne le risque d'agression physique envers autrui.

Les professionnels sont parfois confrontés à une clientèle dite «particulière», dans la mesure où elle présente un problème de santé mentale sévère et persistant, pouvant inclure des troubles de la personnalité. Il peut aussi s'ajouter un problème d'intoxication et la possibilité qu'elle soit sur le point d'agir de façon délictueuse dans son environnement. Cette clientèle est souvent décrite comme agitée, désorientée, délirante, menaçante et dangereuse.

En de telles situations, les professionnels désirent déterminer la dangerosité de la conduite, dans un avenir rapproché. Les mandats de ce service depuis 1996 sont : a) éviter la judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants, incluant les troubles de la personnalité, b) éviter ou réduire l'incarcération préventive, c) favoriser l'arrimage de la personne selon ses besoins.

À la section prochaine, nous vous présenterons les facteurs de risques sélectionnés afin de construire la grille G.E.R.A.C.

7. Les Huit facteurs de risques.

La grille G.E.R.A.C. invite les intervenants du service de l'Urgence psychosociale-justice à juger de la présence de huit facteurs de risque lors de leur évaluation. Ils sont présentés dans les lignes suivantes.

7.1. La désorganisation psychotique.

Ce premier critère se rapporte aux symptômes et aux signes des troubles mentaux graves, particulièrement les perturbations de la pensée, du discours, les troubles perceptifs et un état mental altéré au moment de l'intervention. Les types de perturbations sont en lien avec des critères diagnostiques indiqués dans le DSM-IV.

La désorganisation psychotique se définit comme la présence et la sévérité des symptômes psychotiques et non seulement par la présence d'un diagnostic. En effet, le risque de violence est plus élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie en décompensation par rapport à la

population en général. Il faut préciser que la présence d'une désorganisation psychotique est la cause de 10 % des actes de violence (Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). Certaines études démontrent que certains types de délires sont fortement associés au risque de comportement violent, soit des délires de type paranoïaque et de persécution (Taylor, Leese, Williams, Butwee, Daly, & Larkin, 1998). Il y a aussi la présence de symptômes où les personnes croient qu'elles sont sous le contrôle de forces extérieures (le délire de perte de contrôle) (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescosolido, 1999).

7.2. L'état émotionnel.

Ce deuxième critère porte sur les concepts d'humeur et d'affect qui, tous les deux, font référence à des états internes, plus ou moins prolongés, plus ou moins intenses et marqués par une tonalité affective. Le projet s'intéresse particulièrement aux manifestations extérieures et immédiates des émotions ou «affects». L'affect est défini comme « l'ensemble des manifestations subjectives accompagnant les sensations, les sentiments, les émotions et certaines pensées » (Habib, 1998). Il se différencie de l'humeur qui se définit comme un état moins intense et plus durable que l'affect, bien que fluctuants dans le temps (Ekman et Davidson, 1994).

Par exemple, la colère peut être traduite comme un état émotionnel et l'hostilité, comme un état de colère chronique. Dolan (2002) rappelle que l'état émotionnel d'une personne influence la raison, les « actions », la prise de décision et la mémoire. Les états émotionnels influencent aussi la manière dont l'expérience est traduite, ce qui peut motiver le comportement. Ces états émotionnels sont à considérer lors de l'évaluation du risque de violence, surtout si l'individu a des antécédents de comportement violent. Monahan et al. (2001) ont constaté que les patients éprouvant un haut taux de colère sont deux fois plus susceptibles de se livrer à la violence. Dans l'étude clinique d'Appelbaum et al. (2000), il est spécifié que l'attitude méfiante envers autrui, la colère et l'impulsivité sont reliées au risque de violence.

Bjorkly (2002) mentionne que lorsque l'individu est en détresse émotionnelle, celle-ci joue un rôle de médiatrice entre la croyance délirante et le comportement violent.

De plus, l'incapacité à vivre toutes sortes d'émotions est associée selon Rosenthal (2002) à la difficulté de planifier, de prendre des décisions et de maintenir des relations significatives. Elle peut prédisposer un individu à commettre des actes criminels. Certains chercheurs ajoutent que chez les individus violents (Novaco, 1994) et suicidaires (Goldsmith, Fyer & Frances, 1990), la colère est omniprésente.

7.3. Le contrôle des impulsions.

Le troisième critère est la perte de contrôle des impulsions agressives. Ces épisodes sont isolés et se traduisent par des actes de violence envers autrui. Quelques fois, ces comportements peuvent aller jusqu'à la destruction de biens. Nous le considérons comme synonyme de l'impulsivité, qui est reliée à la désinhibition, à la recherche de la nouveauté et des sensations.

Gravier et Lustenberger (2005) soulignent que le risque de comportement violent, lié à la psychopathologie, est en lien avec la capacité de contrôle pulsionnel. L'intolérance à la frustration est un bon exemple de ce que peut signifier cette dangerosité psychiatrique. C'est donc sous cette optique que le professionnel doit corréliser le risque lié à l'envahissement de la symptomatologie, qui conduit le sujet à ne plus avoir le contrôle de ses impulsions. Par exemple, le patient qui vit un sentiment de toute-puissance en lien avec la mégalomanie est plus à risque de commettre un acte violent, car il ne contrôle plus ses impulsions. De plus, il est affirmé que l'impulsivité joue un rôle significatif dans l'explication de la comorbidité entre les troubles de la personnalité et autres psychopathologies (Hare, 2003) comme l'abus de substance et la présence de comportements autodestructeurs (Casillas & Clark, 2002). Les personnes avec des troubles de la personnalité caractérisés par l'impulsivité excessive (Dolan & al, 2001) ou par plusieurs diagnostics sur l'axe II (dans DSM-IV; l'Axe 2 représente les troubles de la personnalité) sont plus à risques d'un comportement agressif (Coid et al, 1999).

7.4. L'observance de la médication.

Le quatrième critère a été sélectionné, car un certain nombre d'études ont constaté que la non-observance aux médicaments augmente le risque de la violence chez les patients psychiatriques (Robbins et al., 2003). L'association étroite entre l'inobservance des mesures curatives, la décompensation de l'état mental et la réadmission à l'hôpital est amplement documentée. Les

études sur la violence (Senon & Manzanera, 2006) rapportent un problème avec la rupture de soins, la désinstitutionnalisation psychiatrique et l'augmentation du risque de violence (Elbogen et al., 2006). Le risque est divisé par quatre chez les patients ayant un suivi hebdomadaire comparativement à un suivi mensuel. Il y a donc un rapport significatif avec l'inobservation des mesures curatives, l'hostilité et la violence (Elbogen et al., 2006).

7.5. La consommation de substances psychoactives.

Le cinquième critère a été choisi, car selon des recherches, l'interaction entre l'abus de substances et la maladie mentale est le prédicteur le plus constant de la violence (Corrigan & Watson, 2005).

La consommation de substances psychoactives a comme effet, chez les individus, de réduire l'évaluation exacte des signaux sociaux tels que le danger ou la frustration (Abbey, Zawacki, Buck, Clinton & McAuslan, 2004), ce qui entraîne une augmentation du risque de victimisation ou de conflits. La consommation peut aussi servir à rationaliser un comportement antisocial en diminuant l'importance des conséquences à long terme. La consommation de substances intoxicantes peut agir comme un désinhibiteur chimique des impulsions agressives ou entraîner une exagération des symptômes psychotiques ou de l'agitation. Par conséquent, cet effet désinhibiteur augmente le risque de conflits avec autrui et l'exposition à des milieux et des pairs violents (Goodman et al., 2001; Swanson et al., 2002).

Il est à noter que, selon la littérature scientifique, le taux de la comorbidité entre un trouble mental grave et un trouble de consommation de substances est élevé (Hodgins et al., 2007). Hodgins et ses collègues (2007) ont observé un taux de 74 % chez les patients des hôpitaux psychiatriques civils et 70 % chez les patients des hôpitaux psycholégaux. Ces taux laissent croire que la consommation de substances psychoactives représente une différence majeure dans le taux de violence entre les groupes des patients et des non-patients. Ces résultats pourraient expliquer le lien entre l'abus de substances et le taux de comportements violents élevé en milieu institutionnel.

Lors de l'évaluation, le professionnel doit tenir compte du comportement présent et antérieur du client sous l'influence des drogues (Boles & Miotto, 2003). Il y aurait aussi une différence d'effets secondaires selon la catégorie de la substance. Par exemple, la marijuana en doses modérées a été associée à une réduction du comportement violent et agressif (Boles & Miotto, 2003). Par contre, un individu qui consomme de la cocaïne est plus susceptible de commettre des délits pour s'en procurer. Le DSM-IV TR (American psychiatric Association, 2000) confirme que l'effet de l'abus de substances sur le comportement de l'individu reflète en partie les caractéristiques de la substance.

Finalement, les recherches mentionnent que l'abus de substances peut apporter d'autres problématiques comme la déstabilisation, l'itinérance, la non-observance à la médication et au traitement (Hunt, Bergen & Bashir, 2002). Hunt et al. (2002) ont rapporté, dans leur étude prospective de quatre ans, que les patients ayant un double diagnostic avaient un taux de réadmission et une durée d'hospitalisation plus élevés que la moyenne. Holdings (2000) spécifie que l'individu ne doit pas nécessairement être dépendant des substances, puisque l'intoxication a aussi pour effet d'augmenter le risque de violence.

Il faut souligner qu'en absence d'abus d'alcool et de substance, les individus atteints de troubles mentaux auraient une probabilité de commettre un acte de violence identique à celle de la population générale (Elbogen & Johnson, 2009). Ce risque est multiplié par deux à cinq si les individus présentant un trouble mental abusent des substances psychoactives (Steadman et al., 1998).

7.6. La conduite.

Le sixième critère porte sur le comportement réel, observé et documenté lors de l'évaluation. Cela nous donne la possibilité d'examiner la force de l'association entre la conduite présente et les autres facteurs, tel la maladie mentale, la désorganisation, l'intoxication.

Il est pertinent de le considérer lorsque le professionnel évalue la dangerosité dans un contexte de crise, car elle permet de prédire un comportement futur violent en lien avec la présence de comportement violent actuel ou d'une désorganisation.

7.7. L'exposition à des facteurs déstabilisants.

Le septième critère fait référence à la section de la gestion du risque dans l'outil HCR-20. En effet, l'exposition à des stressseurs graves et reliés aux difficultés de la vie en général peut augmenter le risque de violence chez l'individu mal préparé à les affronter (Elbogen & Johnson, 2009). Le risque de violence est associé aux changements du contexte de vie de l'individu en réaction aux déclencheurs externes (Hart, 2001). « Même des individus à risque élevé ne sont en fait violents que pour une courte période, on suppose que des facteurs situationnels influencent le moment de la survenue de leur violence. » (McNiel et al., 2002 p.154).

Argent et Teasdale (2005) ont noté des niveaux plus élevés de stress chez les personnes atteintes de troubles mentaux qui ont eu des comportements violents. Les facteurs déstabilisants qui sont perçus comme un stress englobe tout changement dans le quotidien de l'individu. En outre, ils ont constaté que la relation entre la maladie mentale grave et la violence a été atténuée de 18 % lorsque les événements stressants sont contrôlés.

Gravier et Lustenberger (2005) confirment les données de cette étude en mentionnant que les éléments déstabilisants peuvent faciliter l'émergence des comportements violents en raison de la présence d'une vulnérabilité plus grande chez les individus ayant un trouble de santé mentale. Plus précisément, selon les auteurs, ces individus sont moins capables de résister à des sollicitations internes ou externes susceptibles de les conduire à la violence. Ces auteurs accordent une importance particulière à l'impulsivité, à l'usage de verbalisations hostiles ou à la présence de consommation d'alcool ou autres substances intoxicantes. Le risque individuel de violence est donc modulé par le temps et l'exposition à des facteurs déstabilisants.

Les récents travaux de Mc Niel et ses collègues (2003) laissent supposer que les facteurs en relation avec le contexte sont prometteurs pour les évaluations du risque de violence. Illkiw-Lavalle et Grenver (2003) ont examiné les facteurs déstabilisants dans le cas d'agression chez les patients ayant un trouble de santé mentale, particulièrement ceux qui sont hospitalisés. Les patients mentionnent que leur maladie, les facteurs interpersonnels et les facteurs environnementaux sont responsables en parts égales des actes violents qu'ils posent, ce qui

signifie qu'il est nécessaire d'évaluer les facteurs déstabilisants selon la perception du patient (Hodgings, 2001).

Une multitude de facteurs socio-environnementaux influencent le fonctionnement des individus ayant un trouble mental. Par exemple, une rechute et la présence d'un nouvel événement de violence dans le milieu. (Swanson et al., 2002). Les personnes ayant une maladie mentale sévère sont plus vulnérables aux facteurs incidents de leur histoire (par exemple l'abus physique ou des actes criminels commis par les parents) et aux stress de l'environnement.

Les facteurs de risques ne fonctionnent pas indépendamment les uns des autres, mais ils produisent plutôt un effet cumulatif (Swanson et al., 2002). À la lumière des conditions et des contextes anticipés, le clinicien doit tenir des facteurs environnementaux qui mènent à la déstabilisation (Swanson et al., 2002). Il est donc nécessaire de déterminer l'interaction entre les événements contextuels et les attributs particuliers de la personne (Hodgings, 2002; Loza, 2003).

7.8. Le soutien social.

Le huitième critère se définit comme un filet de sécurité pour l'individu. Le soutien social peut être considéré comme un facteur contextuel de risque de violence ou de protection.

Ce soutien peut servir de tampon relativement aux changements de la vie et aider la personne à gérer son stress, s'il correspond aux besoins liés à l'évènement et que la personne est prête à l'accepter. « Il est permis de croire que le soutien peut avoir un effet certain sur les conséquences d'un évènement, à tout le moins chez un certain groupe de personnes, si les types de soutien offerts sont adéquats et que la personne présente un minimum de réceptivité à l'aide offerte » (Tousignant, 1992, p. 96). Plusieurs études mentionnent l'existence d'une association positive entre le soutien social et l'état de santé et de bien-être (Bruwer, Emsley & Kidd, 2008) de l'individu.

Dans une autre étude, les auteurs ont souligné que l'individu ayant un problème de santé mentale, vivant dans la collectivité et ayant un soutien social faible, est plus à risque de rechuter ou de récidiver. Il peut même avoir une influence sur d'autres indicateurs de gestion de risque, particulièrement sur l'observance des mesures curatives, sur la prise en charge lors des rechutes

ou sur l'impact des facteurs déstabilisants. Le soutien social devient alors un facteur de protection contre le comportement violent. Rihmer, Belso et Kiss (2002) spécifient que le soutien social a un effet protecteur contre le suicide et qu'il facilite la gestion du risque de violence.

Quelques exemples d'études démontrent l'association entre le réseau social et la maladie mentale. Jacoby et Kozie-Peak (1997) rapportent une relation positive entre le soutien social accordé aux délinquants atteints de maladie mentale, d'une part et la satisfaction de vie ou l'état de santé, d'autre part. Bengtsson-Tops et Hansson (2001) mentionnent aussi une association positive entre la satisfaction des contacts sociaux et la qualité de vie chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Have et ses collègues (2002) ont rapporté que les personnes ayant un trouble mental utilisent les services médicaux trois fois plus que celles touchées par des troubles physiques divers. Le nombre de personnes qui consultent pour un problème de santé mentale augmente de 30 % dans le cas où la personne vit seule et de 80 % dans le cas où la personne reçoit un soutien social inadéquat. La famille représente souvent une composante importante du réseau social des individus ayant un trouble mental (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001) et les victimes les plus fréquentes des comportements violents (Solomon & Cavanaugh, 2005) sont les mères (Putkonen, Kotilainen, Joyal & Tiihonen, 2004). Cette association suggère que l'influence du soutien social soit modulée par diverses caractéristiques: la fréquence du contact social, la nature conflictuelle du soutien social et les symptômes psychopathologiques de l'individu. (Swanson et al., 1998).

8. Les résistances au changement dans une organisation de travail

Puisque le stage consiste à implanter la grille G.E.R.A.C. dans le service d'Urgence psychosociale-justice, il est important de comprendre les résistances au changement dans une organisation de travail. Nous allons aborder le processus d'implantation plus en détail dans une section ultérieure.

Cette dernière section porte sur la résistance des individus face à un changement organisationnel. Collerette, Delisle et Perron (1997; p. 94) la décrivent comme « l'expression implicite ou

explicite de réactions de défense à l'endroit de l'intention de changement ». Selon Dolan, Lamoureux et Gosselin (1996; p. 486) la résistance au changement est «l'attitude individuelle ou collective, consciente ou inconsciente, qui se manifeste dès lors que l'idée d'une transformation est évoquée. Elle représente donc une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal de travail». La résistance au changement est ainsi décrite comme un blocage au changement individuel ou collectif. (Brassard et Brunet, 1994).

Vas (2005) mentionne que la résistance au changement se manifeste de manière «inattendue» peu importe le statut au sein de l'institution. Pour Carnall (2007), les incidences de la résistance se situent tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

9. Les manifestations de résistance

Il y a différentes manifestations de résistance (Bareil, 2004) : individuelle ou collective, active ou passive. La résistance dite active est l'action de s'opposer activement par une action. Par exemple, les employés mentionnent des refus, des critiques, des plaintes. Quant à la résistance passive, elle se traduit par des gestes d'opposition moins directs comme la lenteur et le ralentissement dans l'exécution de leurs tâches.

10. Les causes de la résistance au changement

On regroupe six catégories de causes de la résistance au changement (Bareil, 2004). Les causes peuvent être individuelles, collectives, politiques, liées à la qualité de la mise en oeuvre du changement, au système organisationnel en place et au changement lui-même.

10.1. Les causes individuelles

Selon Morin (1996), le changement apporte une certaine incertitude, des craintes, des peurs, des appréhensions. Il y a aussi un sentiment de perte associé à l'abandon de ce qui était acquis et satisfaisant. Le changement est donc vu comme la perte de ses repères antérieurs ce qui soulève des interrogations chez les participants. L'individu a alors tendance à évaluer le changement en terme de la balance des coûts (les efforts, les compétences à acquérir) et des bénéfices (les gains

salariaux, la satisfaction). Dans le cas où les coûts sont supérieurs, l'individu va manifester de la résistance.

Brièvement, les causes individuelles sont : l'intolérance à l'ambiguïté, la préférence pour la stabilité, la peur d'être incapable de s'adapter, l'insécurité, l'anxiété, la crainte de l'inconnu ou la perte de contrôle.

Du point de vue des gestionnaires, il est difficile de changer la personnalité, les expériences passées et les caractéristiques individuelles du participant.

10.2. Les causes collectives

Alain (1996) définit les causes collectives comme la conformité aux normes en lien avec l'historique de l'organisation. Les participants rejettent ce qui est nouveau par «droits acquis». Francesco et Gold (1998) mentionnent que certaines cultures sont plus ou moins réceptives au changement; plus le changement a des implications fortes, plus la résistance risque d'être élevée. Tout comme les variables individuelles, les dimensions collectives ne peuvent être facilement modifiées par la gestion. Elles peuvent toutefois être reconnues dans l'application de solutions.

10.3. Les causes politiques

Les causes politiques viennent de groupes qui militent contre l'idée d'un changement qui amène des pertes de pouvoir, et une diminution des ressources humaines, financières. Il y a un plus grand risque de résistance lorsqu'il y a une déficience dans la mise en œuvre ou lorsque les participants ne sont pas consultés, mais plutôt soumis au changement.

10.4. Les causes liées au système organisationnel.

Les causes liées au système organisationnel se présentent lorsque l'organisation est peu réceptive au changement. Les participants en perçoivent alors l'inertie et les difficultés à s'adapter (Rondeau, 2002). Les participants étudient donc la capacité de changement venant de l'organisation et ils sont influencés par la position de cette organisation. Les causes liées au

changement lui-même sont que l'employé résiste parce que le changement annoncé est complexe, peu légitimé par l'organisation et en opposition avec les valeurs du milieu. Cette résistance est souvent causée par un changement radical ou dû à des changements répétitifs dans l'organisation. Dans la littérature, les causes de la résistance au changement sont multiples et souvent, sans possibilité de contrôle direct par un gestionnaire. Il semble que l'attribution des causes de la résistance dépende aussi de l'observateur.

Afin de contrer ces causes de résistance, il est nécessaire que l'organisation pense aux conditions liées à l'orientation et la sensibilisation. Rondeau (2002; p. 110) explique que : «le succès d'une transformation n'est pas qu'une question de disposition positive des acteurs concernés. Il faut aussi développer les capacités individuelles et organisationnelles nécessaires à sa réalisation. L'habilitation permet d'équiper les acteurs pour réaliser le changement». Par exemple, si la formation présente des lacunes, si elle n'est pas donnée au bon moment, s'il y a l'absence d'un encadrement, de ressources et de pouvoir, que le rendement n'est pas mesuré, alors, il y a un risque que les participants résistent au changement.

11. Les conséquences de la résistance.

La résistance peut apporter un arrêt momentané ou permanent de l'idée de changement. Elle peut faire en sorte que le changement soit un demi-succès, voire un échec. Elle peut même entraîner une diminution de la productivité et la création de conflits en lien avec le climat de travail. Au niveau individuel, le « résistant » peut éprouver du stress, ce qui peut affecter son rendement professionnel.

12. Les stratégies pour faire face au changement.

Plusieurs stratégies sont envisagées pour faire face au changement. L'une d'elle consiste respecter les employés (Lloyd, 2003), tout en leur expliquant les raisons du changement et en les impliquant dans sa mise en oeuvre.

Les actions de gestion traditionnelle telles que communiquer, comprendre la résistance, écouter, expliquer le besoin de changer, motiver les employés, obtenir l'engagement, impliquer le

personnel sont aussi prescrites pour transformer la résistance (Maurer, 1997) voire même la surmonter (Puccinelli, 1998).

Finalement, les études sur la résistance au changement dans les organisations démontrent l'incapacité de prédire à quel moment et dans quelles conditions exactes se manifestent les résistances au changement (Brassard, 1996). Il est donc difficile de les gérer. Une autre difficulté est l'absence de mesure fidèle et valide, ainsi que l'implantation de la grille.

L'implantation est une des plus grandes difficultés qu'un chercheur se contraint, car il nécessite de convaincre les cliniciens et de s'assurer qu'ils comprennent la nécessité de la nouvelle pratique.

13. L'implantation d'un outil d'évaluation.

Une implantation d'un outil réussie doit inclure un processus d'identification et la sélection de nouvelles pratiques.

La mise en œuvre inclut l'évaluation exhaustive des exigences administratives, financières, de ressources humaines et politiques afin d'adapter la nouvelle pratique. Macfarlane et Butterill (1999) ont recensé les recherches portant sur le changement organisationnel et l'effort demandé des individus dans la phase de transition pour aller vers la nouveauté. Ces auteurs ont aussi déterminé six principes pour tenter de mener à bien des initiatives de changement : a) l'élaboration d'une vision compréhensible et accessible des avantages positifs attendus du changement, b) l'implication visible des cadres supérieurs tout au long du processus de transition, c) l'attribution de ressources adéquates pour appuyer et coordonner toutes les activités, d) une communication continue, variée, ouverte et en temps opportun, e) la collaboration avec le plus grand nombre de personnes touchées par le changement et leur participation aussi tôt que possible dans la planification et la mise en œuvre du changement, f) l'attention à apporter à la culture organisationnelle dès le début du processus.

Il est donc essentiel de s'assurer que les cliniciens comprennent et endossent la nécessité de mettre en œuvre la nouvelle pratique. Sans leur soutien, et celui de l'administration ou des collègues respectés (Hyde, Falls, Morris et Schoenwald, 2003), les outils ne pourront s'intégrer

dans la pratique courante. Ils jouent tous un rôle important dans l'intégration de nouvelles pratiques cliniques.

La formation liée à la nouvelle pratique et l'exposition à cette dernière sont des facteurs essentiels (Hyde et al., 2003). Ainsi, la formation doit être accompagnée de supervision pour soutenir les cliniciens au fur et à mesure qu'ils mettent en oeuvre le projet. Il est important d'apporter des ajustements lors de la mise en oeuvre, tels qu'une formation supplémentaire, des améliorations à la procédure.

En résumé, la mise en oeuvre d'une nouvelle pratique représente un défi dans la majorité des milieux organisationnels et doit faire appel à une planification soignée, à des ressources appropriées et à une surveillance continue pour s'assurer d'obtenir des résultats escomptés.

14. La conclusion.

En somme, la grille G.E.R.A.C. est le résultat d'un processus de collaboration entre des professionnels de l'Institut Douglas et des professionnels du service l'Urgence psychosociale-justice. Elle est soutenue par des lectures scientifiques et l'opinion des participants. Cette grille vise à fournir aux professionnels du service de l'Urgence psychosociale-justice un cadre pour guider leur évaluation du risque d'agression physique dans l'immédiat. Les pratiques fondées sur des recherches empiriques apportent de meilleurs résultats, d'où notre intérêt à élaborer la grille G.E.R.A.C.

Ce projet a aussi tenté de savoir dans quelle mesure les cliniciens sont prêts à s'investir dans un changement de pratique dans leur quotidien. Or, comme nous le verrons dans le rapport, il y a eu de la résistance lors de la mise en oeuvre de la G.E.R.A.C. Cela nous a permis de constater que la mise en oeuvre d'une nouvelle pratique est un défi. Elle nécessite une planification structurée, des ressources appropriées et une surveillance continue afin de s'assurer des résultats, ce qui sera abordé ultérieurement.

II Chapitre : La description des milieux de stage, des activités et les objectifs du stage.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord décrire nos milieux de stage. En effet, ce projet a nécessité une intégration dans deux milieux différents, l'un pour se familiariser avec le START et éventuellement en tirer une version courte destinée à l'évaluation du risque d'agression physique en communauté et l'autre pour mettre à l'essai cette version courte. Le pavillon Perry 2A de l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas a été le milieu dans lequel ont été faits l'apprentissage de l'outil START et le développement de la G.E.R.A.C. Le stage s'est ensuite poursuivi à l'Urgence psychosociale du CSSS Jeanne-Mance afin d'y mettre à l'essai la G.E.R.A.C. La deuxième partie de ce chapitre présente les objectifs du stage et la description des activités réalisées lors du stage.

1. Les milieux de stage.

1.1. Le pavillon Perry 2A à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas.

Le pavillon Perry 2A est l'unité où s'est faite l'adaptation québécoise de l'outil START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability, soit le guide d'évaluation des risques à court terme et la traitabilité). Anne Croker (Ph.D) en collaboration avec les intervenants du pavillon Perry 2A a réalisé un projet de recherche visant à améliorer la qualité des soins offerts et à augmenter le niveau de sécurité à l'aide du guide START sur la mesure et la gestion des comportements difficiles. Le guide START évalue sept types de risques: la violence envers autrui, le suicide, l'autodestruction, l'abus de substances, la négligence de soi, la victimisation et le congé non autorisé.

1.1.1. Les mandats de l'établissement.

Le Perry 2A est un pavillon fermé. Ces intervenants ont deux mandats, soit la gestion du risque et la réadaptation psychosociale intensive. La gestion du risque est assurée par des arrêts d'agir comportementaux et par la stabilisation de l'état mental. La technique d'arrêt d'agir utilise l'autorité, la prise de médicaments psychotropes sans nécessité de la collaboration du patient, l'isolement et l'obligation de demeurer au pavillon sans aucune possibilité de sortie. Quant à la stabilisation de l'état mental, elle se fait essentiellement par la prise de médicaments psychotropes. Ces approches sont sous la supervision du psychiatre traitant et du personnel

infirmier.

Le deuxième mandat des intervenants du pavillon est la réhabilitation et l'intervention continue auprès des patients afin de leur permettre de fonctionner dans la communauté malgré la maladie mentale dont ils souffrent. Les maladies mentales sévères et persistantes entraînent des incapacités fonctionnelles qui peuvent affecter l'hygiène et les soins personnels, l'autonomie, les relations interpersonnelles, les interactions sociales, les études, le travail et les loisirs. Le caractère chronique de ces maladies entraîne un handicap socio-professionnel plus ou moins important selon les cas. La médication psychotrope est nécessaire, mais souvent non suffisante pour aider les personnes qui souffrent à récupérer leur fonctionnement social. Les interventions de réadaptation sont donc essentielles et visent l'amélioration du fonctionnement et du degré de satisfaction de la personne. Les observations se font dans différents environnements : résidentiel, éducationnel, social et professionnel. Il s'agit d'aider la personne à développer les habiletés physiques, émotionnelles, sociales, intellectuelles. Il est aussi souhaitable d'offrir le soutien nécessaire pour lui permettre de vivre, d'apprendre et de travailler dans les environnements de son choix et avec le plus d'autonomie possible (Anthony, 2002). Les notions de groupe et de communauté sont à la base de ces approches : « *...la réhabilitation psychosociale encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte de buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale ...* » (Canaan, 1988).

Les approches de réadaptation du pavillon Perry 2A se situent près du courant de la réhabilitation psychiatrique, intégrant le modèle social de la réhabilitation psychosociale et une psychiatrie moderne qui défend une conception biopsychosociale (Grunberg, 1999) des troubles psychiatriques. Cet ensemble d'approches propose des interventions thérapeutiques dont l'efficacité a été validée (Bachrach, 1992; Deleu, 1998).

Les cibles de la réadaptation sont définies en fonction de deux axes. Au niveau de l'individu, il s'agit de développer les compétences, les habiletés sociales aidant à vivre avec succès dans la communauté. Au niveau de l'environnement, il s'agit d'adapter les demandes et les pressions exercées sur l'individu. Il s'agit aussi d'aménager les soutiens dont celui-ci a besoin pour vivre dans cet environnement.

1.1.2. La description des patients.

Les patients résidant dans le pavillon sont des adultes atteints d'un trouble de santé mentale grave et persistant, qui ont commis un crime (en majorité de type violent) et dont la condition mentale a amené le tribunal à les reconnaître comme non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux.

Pour la majorité, il y a présence de comorbidité avec une dépendance à une substance intoxicante, ainsi que des restrictions légales statuées par la Commission des troubles mentaux. Les patients du Perry 2A ne sont pas traités de façon volontaire ; ils y sont contraints. Puisque la consommation de substances psychoactives n'est pas un critère d'exclusion, cet aspect peut être travaillé par les professionnels lors de l'étape de la réintégration dans la communauté. Cependant, toute consommation de substances psychoactives est interdite au pavillon. Le non-respect de cette règle peut entraîner l'isolement du fautif, ceci dans le but d'assurer la sécurité des autres patients ainsi que du personnel.

1.1.3. Les contingences institutionnelles.

Les patients du pavillon Perry 2A ayant commis des crimes, ils sont considérés comme détenus dans un endroit hautement sécuritaire. Ils ne sont pas autorisés à quitter l'unité sans accompagnement, les portes menant vers l'extérieur sont toutes verrouillées. Ils n'ont pas accès à des locaux privés et les fenêtres sont toutes munies de barreaux d'acier. Le pavillon est composé de deux salles ouvertes et de chambres individuelles qui ne peuvent pas être barrées de l'intérieur. Une cour intérieure est accessible à certains moments et les patients ne peuvent pas s'y rendre seuls. Enfin, un réseau de caméras de surveillance a été installé à la porte principale et l'espace a été réorganisé avec une délimitation des zones dangereuses où les espaces sont barrés.

Les patients doivent respecter un horaire fixe et se soumettre à des contingences spécifiques. Par exemple, ils doivent respecter les heures de repas et de douche. Les médicaments doivent être pris sous surveillance. De plus, l'hygiène des chambres est supervisée par l'équipe de préposés aux bénéficiaires. La possession d'ustensiles est prohibée hors de la salle à manger, pièce qui reste verrouillée entre les repas. Les patients n'ont pas le droit de se rendre dans une autre chambre que la leur et ils ne peuvent se prêter des effets personnels. Il y a une équipe d'infirmières présente en tout temps sur le pavillon, ce qui signifie que les patients ne sont jamais

seuls. Tous les professionnels travaillant au Perry 2A sont équipés d'un dispositif d'urgence qui leur permet, en déclenchant une alarme dans l'unité, de prévenir l'équipe de sécurité qu'un patient doit être maîtrisé. Ces agents de sécurité ont été recrutés et formés afin d'être en mesure d'intervenir très rapidement. Cette description montre que ce pavillon est aménagé comme un lieu sécuritaire.

1.1.4. Les sources de référence.

Une première façon d'être hospitalisé au pavillon Perry 2A est d'être jugé inapte à subir son procès ou non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux, de présenter des comportements difficiles et d'être soumis à des restrictions légales, telle que la détention avec/ou sans sortie.

Cette restriction légale est imposée, pour la plupart des patients, par la Commission d'examen des troubles mentaux, du Tribunal d'administration du Québec (TAQ) qui prend des décisions concernant les personnes privées de leur liberté en raison de l'état de leur santé mentale. Lorsqu'une personne est mise sous garde, la loi prévoit qu'on peut s'adresser à la Commission d'examen des troubles mentaux pour contester le maintien de cette garde. Le rôle de la Commission sera alors d'évaluer la dangerosité de la personne et de décider si sa garde doit être ou non maintenue.

Ce Tribunal a la compétence dans deux types de dossiers différents. En premier lieu, il est responsable de la mise en liberté ou la détention de personnes souffrant d'un trouble mental, qui ont été accusées d'avoir commis une infraction criminelle et qui ont reçu un verdict d'inaptitude à subir leur procès ou de non-responsabilité criminelle. Dans ce cas, la Commission d'examen des troubles mentaux et il évalue le danger que représente l'accusé pour la société, en fonction de son état mental. Si l'accusé est libéré sous conditions ou détenu, la Commission d'examen devra le revoir au moins une fois par année lors d'une nouvelle audience pour déterminer si son état mental a changé avec le temps, et si une décision différente doit être prononcée. C'est à ce moment que les professionnels, ainsi que le psychiatre de l'Institut Douglas présentent leur rapport à la Commission. En second lieu, le Tribunal administratif du Québec s'occupe de dossiers impliquant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Cette loi permet exceptionnellement à la Cour du Québec

d'ordonner que ces individus soient mis sous garde sans leur consentement, dans un établissement hospitalier pendant un certain temps, lorsqu'ils sont jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour le public.

Les rôles de la Commission des examens des troubles mentaux, en lien avec le Tribunal administratif du Québec font en sorte que les résidents sont incarcérés à l'Institut Douglas et peuvent être transférés au pavillon Perry 2A, s'ils représentent des comportements agressifs, difficiles et que leur statut demande une détention sans ou avec modalités de sorties.

La deuxième façon d'être hospitalisé au pavillon Perry 2A est la référence par via l'interne de l'Institut. Cela se produit lorsqu'un autre pavillon demande le transfert d'un patient vers le pavillon Perry 2A en raison de ses comportements agressifs. En effet, le pavillon se caractérise par un des plus hauts niveaux de sécurité. Le patient ne peut sortir à sa guise, il y a présence de sécurité constante et d'une salle de contention.

Lorsque le patient est libéré, l'équipe du Perry 2A ne lui offre plus de service. C'est plutôt une équipe de suivi externe qui le prend en charge. Nous pouvons constater que la référence vers le Perry 2A se fait le plus souvent en raison du risque élevé de comportements violents que le patient représente soit lors de son arrestation ou lors de son hospitalisation. Lorsque le patient arrive au pavillon, une évaluation initiale est faite par l'équipe multidisciplinaire.

1.1.5. La description de l'évaluation initiale.

L'évaluation initiale est réalisée grâce à l'outil START. Elle sert à renseigner les cliniciens sur l'évaluation du risque et des forces, le traitement et la réhabilitation du patient. Il est à noter que l'évaluation du risque, les traitements médicaux et sociaux se font simultanément. Par la suite, des évaluations complémentaires avec le START sont effectuées tous les 21 jours.

Il se fait aussi une évaluation de type multimodale où plusieurs professionnels agissent et évaluent le même patient. Par exemple, le psychiatre fait une évaluation de l'état mental et établit le diagnostic, le psychologue fait l'évaluation du mode de fonctionnement psychologique ainsi que du mode de pensée; le psychoéducateur fait une évaluation du fonctionnement social et des habiletés de la vie quotidienne du patient, le travailleur social fait l'évaluation de l'entourage, le professeur fait une évaluation du niveau d'apprentissage, les infirmières font l'évaluation de l'état

mental et de l'état physique.

L'apport de tous les professionnels est nécessaire afin d'évaluer les capacités du patient dans son ensemble et de travailler sur la réinsertion sociale.

1.1.6. La description des interventions.

L'équipe du Perry2A est composée d'éducateurs spécialisés, de travailleurs sociaux, de préposés aux bénéficiaires, de professeurs, d'un psychologue, d'un psychiatre, ainsi que d'un chef clinico-administratif. Ces différents professionnels proposent différents types d'interventions.. Par exemple, la travailleuse sociale réalise avec le patient des interventions psychoéducatives individuelles et familiales. L'infirmière dirige l'enseignement de connaissances sur les symptômes psychotiques. Il est à noter que les patients sont aussi suivis au niveau physique afin de surveiller les effets secondaires de la médication. Le rôle du psychoéducateur est de favoriser l'apprentissage au niveau des habiletés sociales. Le psychiatre s'occupe de la stabilisation de l'état mental de l'individu. La durée des interventions et rencontres, ainsi que leur fréquence varient en fonction du patient et du professionnel responsable. La seule évaluation fixée dans le temps est celle du START qui se fait aux 21 jours.

Le patient du Perry 2A est confiné à l'unité. Il est, par le fait même, constamment en relation avec des professionnels présents à l'unité.

Chaque semaine, une rencontre clinique est fixée au pavillon entre le psychiatre et les professionnels qui côtoient régulièrement les patients. Ensemble, ils discutent des patients les plus problématiques et de la justesse de la médication psychotrope prescrite.

Trois raisons peuvent justifier la fin d'une intervention. En cas de libération conditionnelle ou inconditionnelle, le dossier du patient est transféré à l'équipe du suivi externe. En cas de stabilisation de l'état mental du patient, il peut y avoir transfert vers un pavillon moins sécuritaire. Finalement, en cas de nouvelles accusations, le patient peut être transféré à l'Institut Philippe Pinel pour une nouvelle évaluation de sa responsabilité criminelle.

1.1.7. L'évaluation START.

Les évaluations du START sont accomplies en collaboration par les professionnels affectés au

dossier du patient : les infirmières, travailleurs sociaux, psychoéducateurs ainsi que par le responsable du pavillon. Il est attendu que l'équipe clinique remplisse le formulaire START au moyen d'une discussion d'équipe et par consensus.

Il est également essentiel qu'un membre du personnel coordonne la discussion des items, s'assure qu'une feuille sommaire soit remplie et signée. Il doit aussi rédiger un résumé en lien avec les items de l'outil. La feuille sommaire comprend trois parties. La première partie aborde les items liés aux données démographiques et aux statuts actuels concernant l'hospitalisation et les dispositions judiciaires. La deuxième partie explique les items du START. La troisième partie est l'évaluation des risques (la violence envers autrui, le suicide, l'autodestruction, l'abus de substances, la négligence de soi, la victimisation et le congé non autorisé) et la gestion des risques.

À condition d'avoir reçu des renseignements sur le START, les patients peuvent être invités à remplir le formulaire START. À cette étape ou à celle de la planification de traitement, l'équipe considère le patient comme un collaborateur.

De plus, des rencontres avec les représentants de la Commission des Examens en Santé Mentale ont lieu régulièrement avec les professionnels de l'hôpital et des intervenants des services correctionnels. Cette communication entre les différents professionnels a pour but d'assurer une concertation multidisciplinaire, de faciliter le partage d'informations et d'assurer une cohérence et une continuité dans les traitements offerts.

1.1.8. Les enjeux éthiques et déontologiques.

Les enjeux éthiques et déontologiques soulevés dans ce milieu se situent au niveau des conflits de rôles et des doubles mandats, particulièrement lors de l'audience de la Commission des Examens en santé Mentale. En effet, la Commission doit se prononcer sur l'importance du risque que le patient représente pour la sécurité du public et sur les obligations légales ou éthiques nécessaires pour protéger la société. « L'obligation de protéger est maintenant un fait de la vie professionnelle pour à peu près tous les cliniciens américains et potentiellement, pour les chercheurs cliniques également » (Monahan et al., 2001, p.200). Ogloff (2002) mentionne que cette pensée est la même au Canada. Ainsi lors d'une participation à cette Commission, l'intervenant doit départager son rôle d'aidant pour le patient et celui du protecteur de la société.

Il doit aussi avertir le patient de son orientation avant la présentation.

Un autre enjeu éthique est en lien avec l'article neuf de la Charte des droits et libertés de la personne qui stipule que « chacun a droit au secret professionnel. Toute personne tenue par la loi au secret professionnel ne peut, même en justice, divulguer les renseignements personnels qui lui ont été révélés en raison de sa profession, à moins qu'elle n'y soit autorisée par celui qui lui a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi ». Ainsi, lors de notre stage à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas, nous avons rencontré des patients que nous connaissions à l'extérieur, plus précisément dans le cadre de notre travail à l'Urgence psychosociale-justice. Nous avons donc des informations concernant ces patients que nous ne pouvions pas divulguer sans leur consentement.

Cette partie présente le premier milieu du stage. La prochaine décrit le service de l'Urgence psychosociale-justice où, dans un deuxième temps a été mise à l'essai la grille G.E.R.A.C..

1.2. L'Urgence Psychosociale-Justice.

Le deuxième milieu de stage, celui où a été implantée la grille G.E.R.A.C, est au CSSS Jeanne-Mance à l'installation du CLSC des Faubourgs, plus spécifiquement le service d'Urgence psychosociale-justice. En effet, il nous fallait avoir accès à un milieu impliqué dans l'intervention en communauté auprès de personnes présentant un état mental perturbé pour vérifier l'efficacité de la grille.

À la suite d'une étude réalisée à la Cour municipale de Montréal (Laberge, Landreville, Morin, Robert, Soullière, 1995), les résultats montrent qu'un nombre non négligeable de personnes souffrant de symptômes de maladie mentale sont judiciairisées et accusées de délits jugés mineurs. Suite à ces résultats, une table de concertation en psychiatrie-justice a été mise sur pied. À cette table de concertation, les participants ont tenté de cerner de façon plus précise le profil de cette population et les problèmes qu'elle posait aux différents partenaires. C'est ainsi que le service d'Urgence psychosociale a été créé en 1996. Dans ce qui suit, nous allons expliquer en quoi ce service répond à la problématique de la judiciairisation des personnes ayant un problème de santé mentale.

1.2.1. Les mandats du service de l'Urgence Psychosociale-Justice (ci-après UPS-J).

Depuis la création de l'UPS-J, son mandat premier est de prévenir, lorsqu'indiqué, la judiciarisation et l'incarcération préventive des personnes aux prises avec un problème de santé mentale sévère et persistant (incluant les troubles de la personnalité), sans pour autant déresponsabiliser ces personnes devant leurs actes.

Le deuxième mandat du service est de faciliter l'accès aux services offerts dans la communauté afin de garder le niveau de dangerosité à zéro. Ainsi, l'intervenant peut accompagner l'individu dans ses démarches de recherche d'aide.

Le troisième mandat de l'UPS-J est l'application de la loi P.38-001 et ce, en collaboration avec des policiers. Cette loi, en vigueur depuis 1998, octroie aux professionnels de l'Urgence psychosociale-justice le pouvoir de priver une personne de sa liberté lorsque son état mental est perturbé et, conséquemment, qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Les intervenants doivent donc porter un jugement sur l'état mental de la personne et lui offrir l'aide requise par rapport à sa situation. Si l'intervention ne permet pas de désamorcer la crise et qu'il y a présence d'une dangerosité grave et immédiate, l'intervenant doit tenter d'obtenir le consentement à un accompagnement vers un milieu hospitalier. S'il est impossible d'obtenir l'accord de la personne et que la situation revêt un caractère d'urgence et de danger, le patient est conduit contre son gré dans un centre hospitalier, avec l'aide des policiers. L'intervenant accompagne la personne à l'urgence de ce centre hospitalier afin de communiquer les renseignements nécessaires concernant sa situation et sa dangerosité.

1.2.2. La description de la clientèle.

La clientèle desservie usuellement par l'UPS-J se compose d'individus âgés de 14 ans et plus. Ceux-ci présentent un problème de santé mentale sévère et persistant incluant les troubles de la personnalité ou un état mental qui présente des risques pour eux-mêmes ou autrui. C'est une clientèle distincte de celle qu'on retrouve normalement dans les services de santé mentale, car elle est souvent réfractaire au traitement, peu capable de résolution de problème et désorganisée. Elle peut manifester des comportements d'itinérance et de toxicomanie. Aussi l'individu peut être pris en charge lorsqu'il agit ou est sur le point d'agir de façon délictueuse dans son environnement.

Les critères de référence sont la présence de problèmes de santé mentale et d'une interpellation de l'individu par un policier, suite à un délit mineur ou à une infraction à un règlement municipal. Il n'y a aucun critère d'exclusion, qu'il s'agisse du sexe, de l'origine ethnique, du statut civil, de la langue parlée, des croyances religieuses, des antécédents psychiatriques ou criminels de la personne.

1.2.3. La description des itinéraires de référence.

Les interventions se font dans la communauté. Ce service d'urgence, opérationnel en tout temps, couvre l'ensemble de l'île de Montréal. Idéalement, dans un délai de 20 minutes, les intervenants arrivent sur les lieux de l'événement accompagnés des policiers. L'intervention se fait obligatoirement en présence de deux intervenants.

1.2.4. Les sources de références.

La référence à l'UPS-J provient majoritairement des policiers ou des intervenants d'autres ressources. Le policier ou l'intervenant est appelé sur les lieux d'un événement. S'ils font face à une personne répondant aux critères et qu'ils contactent les intervenants d'UPS-J, les services d'aide et d'intervention leur sont proposés tout en exécutant une évaluation initiale.

1.2.5. La description de l'évaluation initiale.

Arrivés sur les lieux, les intervenants évaluent la situation problématique en tenant compte des besoins de l'individu, du niveau de dangerosité et de l'état mental. En plus, les intervenants orientent la personne vers des ressources comme les services médicaux, psychosociaux, communautaires ou vers le réseau naturel du patient. Le service assure l'accompagnement de la personne vers ces ressources. Une fois la situation désamorcée, l'intervenant s'assure à court terme de la continuité de l'orientation prise lors de l'intervention.

D'autres types d'intervention viennent compléter la principale. Il y a d'abord l'intervention téléphonique. Certains individus appellent au bureau de l'UPS-J pour recevoir des conseils et de l'information. Il y a aussi l'intervention de type prévention où le demandeur note une détérioration de l'état de la personne concernée, malgré qu'elle ne soit pas en état de crise. En collaboration avec le demandeur, il s'agit alors d'éviter une détérioration de l'état mental, en lui suggérant des pistes d'intervention. Par exemple, un arrimage vers des ressources l'aidant dans sa

situation.

Le service vise aussi à arrêter ou ralentir le processus de la « porte tournante » en s'assurant que les personnes soient prises en charge par les ressources appropriées pour éviter qu'elles soient arrêtées ou ne reçoivent pas de soins.

Enfin, la sensibilisation à la maladie mentale, l'information sur les droits de la personne, les droits de refuser un traitement font partie du travail effectué auprès des partenaires.

1.2.6. La description des interventions.

L'UPS-J est appelée à intervenir à trois niveaux. Le premier implique la personne ayant un problème de santé mentale. Les intervenants aident cette personne et estiment la dangerosité en lien avec son état mental. Ils procèdent à une évaluation sommaire des besoins au niveau de la santé physique et mentale, ainsi que de l'encadrement requis à l'égard de l'événement. Par la suite, la personne est orientée vers la ressource la plus appropriée.

Le deuxième niveau d'intervention concerne l'intervenant qui réfère à l'organisme. Les membres de l'UPS-J supportent et conseillent l'intervenant référant pendant et après l'intervention afin de lui expliquer des aspects de l'évaluation de la dangerosité et la raison de l'orientation finale.

Le troisième niveau est l'intervention auprès des organismes, dont le mandat principal est l'hébergement et l'accompagnement de la personne. Les professionnels vont alors apporter un support-conseil à l'intervenant et un encadrement du patient sur place.

Brièvement, les événements ou les situations problématiques qui donnent lieu à l'intervention de l'UPS-J peuvent être regroupés en six catégories : a) l'agressivité contre un proche : comportements agressifs, violents, de harcèlement, de dispute, de menace. Cette agressivité se manifeste habituellement contre un parent, un colocataire, un propriétaire, une ressource ou son propre logement; b) l'agressivité contre un étranger (mêmes types de comportements). Cette agressivité est dirigée généralement contre des inconnus et parfois des policiers; c) les comportements ou intentions suicidaires; d) les conflits conjugaux ou familiaux : incluant ou non de la violence; e) les comportements incohérents : comportements bizarres, incompréhensibles, inexplicables ; f) les demandes de suivi : demandes d'aide, d'hébergement pour des personnes

sans ressources.

La philosophie d'intervention est celle de l'intervention de crise et de la gestion du risque en communauté. Les principes de l'intervention sont l'évaluation du risque dans l'immédiat et le choix du type d'intervention appropriée selon le contexte. Cela dit, l'atteinte d'une alliance thérapeutique n'est pas absolument nécessaire à la démarche, l'intervention pouvant être imposée. Par contre, l'établissement d'une alliance thérapeutique reste un objectif lors de l'intervention.

1.2.7. Le travail multidisciplinaire.

L'équipe de l'UPS-J est composée de représentants de plusieurs disciplines, telles que la psychologie, la criminologie, le travail social, la psychoéducation, la sexologie et les sciences infirmières. Tous ces professionnels font la même évaluation auprès du patient. Avant de se joindre à l'UPS-J, les membres de l'équipe œuvraient dans des milieux d'intervention diversifiés, mais en lien direct avec la clientèle visée par le projet.

Le service est en lien direct avec les organismes de différents milieux. En effet, il joue un rôle d'interface entre les organismes qui peuvent intervenir à différentes étapes ou moments dans la prise en charge de cette population. Les intervenants sont appelés à intervenir en situation d'urgence, nommée aussi crise, sur les lieux d'événements problématiques. Ils peuvent aussi intervenir en situation d'accompagnement dans le milieu, à titre de support ou de partenaire auprès d'organismes aussi diversifiés. Les principaux partenaires de l'équipe sont les policiers, qui sont aussi les demandeurs principaux. Viennent ensuite les hôpitaux, car c'est là que certaines interventions aboutissent souvent. L'alliance avec le personnel des salles d'urgence est importante afin d'assurer un arrimage entre les deux services. Les autres partenaires sont des ressources communautaires comme les centres d'hébergement, les centres de crises, les CLSC, les travailleurs de rue, ainsi que certains organismes gouvernementaux, telles la Cour du Québec et la Cour municipale de Montréal.

1.2.8. Les enjeux éthiques et déontologiques.

Le principal enjeu éthique dans ce milieu est la confidentialité, tout comme il a été expliqué antérieurement dans la section présentant le Perry 2A. Les intervenants ne peuvent divulguer

d'informations sensibles à d'autres partenaires ou membres de la famille sans le consentement du patient. Par exemple, concernant notre projet, les participants ont dû omettre d'inscrire le nom du patient et son numéro de dossier sur les grilles afin de ne pas brimer la confidentialité.

Le service soulève aussi des enjeux en lien avec la Charte des droits et les libertés de la personne et la loi P.38-001 quant au refus du traitement, le fait de priver une personne de sa liberté, la responsabilité légale de protéger l'individu et la société tout en respectant les droits et les libertés de la personne.

2. Le rôle du criminologue dans les milieux de stage.

Dans l'équipe du pavillon Perry 2A de l'Institut Douglas, il n'y avait, au moment de notre stage, de criminologue. Cependant, si un tel poste se créait à l'unité Perry 2A, le criminologue pourrait globalement accomplir les mêmes tâches que d'autres professionnels, soit évaluer les individus pour le système de justice et participer au traitement des délinquants. Plus précisément, il pourrait procéder à une évaluation criminologique, soit celle des facteurs de risque de violence, puis tenter de prévenir la récidive et aider le patient en élaborant un plan d'intervention approprié à ses besoins. Par exemple, pour les patients qui sont sous la juridiction de la Commission des Examens en Santé Mentale, le criminologue pourrait avoir la responsabilité d'accompagner le patient à la Cour et de présenter un rapport qui résumerait son risque de récidive.

Par ailleurs, dans le service de l'Urgence psychosociale-justice, les criminologues n'ont pas de rôle distinct par rapport aux autres intervenants. Tous contribuent à l'évaluation de la dangerosité en lien avec l'état mental. Autrement dit, il n'est pas nécessaire que le criminologue fasse une évaluation distincte des autres.

3. Les objectifs du stage.

3.1. L'objectif général.

Les deux milieux de stage ayant été présenté, la prochaine section est consacrée aux principaux objectifs. L'objectif général du stage est l'approfondissement des enjeux relatifs à l'évaluation du risque d'agression physique présenté par des personnes souffrant de troubles mentaux et évoluant dans la communauté. Plus précisément, l'objectif est de soutenir l'évaluation du risque lors d'une intervention de crise. Pour atteindre cet objectif, il a d'abord fallu effectuer une recension des écrits portant sur l'estimation du risque d'agression chez des individus ayant un état mental

perturbé. Ce faisant, il a fallu étudier les différentes définitions et termes utilisés lors des évaluations dans les centres communautaires et les milieux hospitaliers.

Par la suite, un stage de 60 jours a été complété à l'unité Perry 2A de l'Institut Douglas à Montréal. Cette unité fermée se spécialise en gestion du risque et les intervenants qui y travaillent utilisent l'outil d'évaluation START. Le stage que nous y avons fait poursuivait trois objectifs spécifiques, présentés dans la section 3.2.

Enfin, un stage de 20 jours a été réalisé à l'Urgence psychosociale-justice de Montréal. Le but de l'opération a été d'adapter et d'implanter une Grille d'Estimation des Risques d'Aggression physique dans la Communauté, qui a été nommée la G.E.R.A.C. Le stage que nous y avons fait poursuivait trois objectifs spécifiques, présentés dans la section 3.3.

3.2. Les objectifs spécifiques et activités réalisées durant la première partie du stage.

Lors du stage réalisé à l'Institut Douglas, plus précisément au pavillon Perry 2A, un premier objectif spécifique a été d'acquérir des connaissances sur la dangerosité, les comportements violents et les critères du risque d'une agression physique. Une analyse documentaire a été nécessaire afin de distinguer les définitions de la dangerosité selon le contexte où elle est sollicitée; soit en situation d'urgence ou soit lors d'un suivi. Il a fallu se documenter sur l'outil START, de même que sur la préparation au changement au sein d'un organisme. Le résultat de cette démarche se retrouve dans la recension des écrits.

Un second objectif spécifique a été de maîtriser l'outil START. Pour y arriver, nous avons lu sur l'outil, sa portée, sa genèse et ses différents items. Nous avons étudié les critères de cotation et les signes indicatifs des risques tels qu'ils sont présentés dans un manuel disponible à l'Institut Douglas. Par la suite, l'observation in situ, de même que la participation aux réunions cliniques ainsi qu'aux évaluations ont été nécessaires. Pendant le stage, l'interaction directe avec les membres de l'équipe et avec les résidents a permis de mieux maîtriser l'instrument et de développer une capacité d'autonomie et d'initiative lors de l'évaluation.

Dans la même optique, il nous a été possible de compléter une évaluation. La supervision reçue

nous a alors permis de mieux faire la distinction entre les forces et les risques identifiés dans l'outil d'évaluation START.

Il a fallu rédiger un rapport en lien avec l'utilisation de l'outil, plus précisément un résumé exhaustif du risque que présentait le client. Le but de cet exercice a été de mieux intégrer la théorie à la pratique, tout en exerçant notre jugement clinique. Puisque toutes les évaluations START, au pavillon Perry 2A, sont faites en équipe, la capacité de chercher du support, d'être à l'écoute des autres, de donner et de recevoir du feedback constitue une qualité importante pour la réussite de l'évaluation.

Il a été nécessaire de maîtriser l'outil START dans divers contextes tels que dans une audience à la Commission des Examens en Santé Mentale. Un des rôles joués dans ce contexte a été de faire des recommandations quant à l'hospitalisation des patients du pavillon. Lors de l'audience, il a été nécessaire d'expliquer le besoin de traitement ainsi sur la dangerosité que représente le patient, en lien avec l'évaluation START. Ainsi, le rapport a dû englober une analyse de la dimension juridique, du diagnostic, des manquements commis par le patient, d'une identification des cibles de son traitement, des risques que le patient représente et de la position de l'équipe face au statut légal afin que les juges prennent une décision. Il est à noter que ce rapport a été présenté lors de l'audience.

Un troisième objectif spécifique a consisté à pouvoir appliquer des plans de traitement en lien avec l'évaluation START (ex. : lors de sorties dans la communauté). À certains patients, nous avons proposé une rencontre hebdomadaire afin de travailler sur les stratégies de réadaptation liées aux besoins criminels et comportementaux. Ce suivi a eu pour but d'échanger des informations avec le patient et de l'aider à prendre des décisions. Par ailleurs, des sorties dans la communauté ont permis d'observer des moments anxiogènes pouvant mener à des comportements violents envers autrui. À la suite de ces observations, il a été possible de cibler le traitement afin de le rendre plus adapté à la réalité du patient. Il est à noter qu'au Perry 2A la rédaction d'un rapport est toujours demandée, afin que les autres professionnels soient au courant des démarches faites avec le patient.

En tant que stagiaire en criminologie à l'Institut Douglas, notre rôle a été d'apporter des éléments complémentaires au traitement et de préciser les cibles en lien avec les besoins criminogènes afin d'aider à compléter les stratégies de réadaptation liées aux besoins du patient. La participation active à toutes les réunions, ainsi qu'aux rencontres interdisciplinaires de bilan sur les patients a été appréciée par l'équipe.

3.3. La description et la justification des activités réalisées durant la seconde partie du stage.

La deuxième partie de ce projet est la construction de la G.E.R.A.C. Il a fallu être capable d'établir des liens entre le déroulement de l'évaluation, l'instrument START, le mandat et le fonctionnement de l'Urgence Psychosociale-Justice. Il a été nécessaire de reconnaître les spécificités du contexte d'évaluation afin de pouvoir adapter l'instrument et d'établir les liens entre les données théoriques et cliniques.

La validité apparente ou «de contenu» réfère au degré par lequel les indicateurs d'un instrument de mesure sont représentatifs et relèvent du construit visé par la mesure, dans ce cas-ci le risque d'agression en communauté (Walsh, 1995). Il est donc souhaitable de soumettre les items envisagés à l'examen de spécialistes de la question, c'est-à-dire à des utilisateurs potentiels (Haladyna, 2006 ; Kane, 2006). Il s'agit alors de vérifier l'exhaustivité des dimensions retenues, ainsi que la pertinence, la représentativité, la spécificité et la clarté des items (Downing, 2006). Cet exercice permet aussi de s'entendre sur le choix des termes à privilégier pour décrire chacun des items qui, à son tour, permet d'augmenter les accords interjuges (Abedi, 2006).

Pour construire la G.E.R.A.C., il y a eu des rencontres de validation de la pertinence des items retenus (ou «validité apparente»). Cette portion a été réalisée en grande partie en collaboration avec les professionnels de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, ceux du service l'Urgence psychosociale-justice et les superviseurs. Par exemple, lors de la première étape de la construction de la grille, des professionnels du Pavillon Perry 2A de l'hôpital Universitaire en Santé Mentale Douglas ont rempli un questionnaire qui avait pour but de faire ressortir les aspects pertinents à l'estimation de la dangerosité envers autrui, dans un contexte d'évaluation en communauté. À partir de leurs réponses, une première version de la grille a été construite. La deuxième étape a été la consultation des professionnels du Pavillon Perry 2A, en leur demandant

une opinion clinique sur la grille. Les rencontres ont permis de déterminer si certains items devaient être éliminés ou si le libellé d'autres pourrait être corrigé. Une deuxième et une troisième version de la grille ont alors été créées. Dans ce processus, les professionnels d'UPS-J ont aussi été consultés. Lorsque la version finale du GERAC a été complétée, il a été nécessaire de la présenter aux superviseurs du service d'Urgence psychosociale-justice afin qu'ils la valident et que nous puissions passer à l'étape de l'implantation.

L'implantation de la grille a demandé une grande capacité d'adaptation. La rencontre des participants a été préparée par un « cahier » décrivant les objectifs précis de l'évaluation, l'identification du matériel à recueillir et les modalités d'implantation dans le service. Une séance d'information individuelle a été tenue. Pendant huit semaines, les participants ont utilisé la G.E.R.A.C. afin de pouvoir en évaluer la pertinence ou validité apparente. Afin de livrer leurs impressions, les participants ont rempli un dernier questionnaire. Les grilles construites lors du stage en lien avec les objectifs poursuivis sont présentées dans cette section.

4. Les grilles construites lors du stage.

En lien avec les objectifs et suite à la prise de connaissance de l'outil START, de la recension des écrits, des rencontres avec les professionnels du START et de la visite du service l'Urgence Psychosociale-Justice, la grille G.E.R.A.C. a été conçue. Elle a comme objectif de soutenir le jugement au moment d'estimer le risque d'agression physique chez des individus ayant un état mental perturbé en communauté.

4.1. L'évaluation des caractéristiques de la menace.

P.I.C.C. est une formule mnémotecnique que nous avons créée lors du stage. Elle regroupe les critères permettant d'estimer la menace lors de l'intervention. Elle signifie: plan, immédiat, ciblé et crédible. La grille a été développée pour être utilisée lorsque les intervenants ont la possibilité d'accumuler des renseignements, de brosser le portrait clinique actuel et de vérifier la nature de la menace que le client a mentionnée lors de la crise.

Le critère «plan» caractérise ce qui est prévu d'être fait : par exemple, avoir une arme spécifique et un endroit précis. Il se base sur un des critères d'évaluation du potentiel suicidaire qui pose la

même question. Borum et Reddy (2001) recommandent d'évaluer les moyens à la disposition de la personne qui lui permettraient de commettre un geste violent, comme l'élaboration du plan et l'obtention des moyens de le mener à terme. Lorsque l'individu a une intention élaborée au point de donner lieu à un plan, il représente un fort risque d'être violent à court terme. (Borum & Reddy, 2001).

Le terme «immédiat» est utilisé comme synonyme de «maintenant». Selon la loi p.38-001, il se réfère à un délai de 24 à 48 heures. Ainsi, l'imminence du comportement violent (Dvoskin & Heilbrun, 2001) est un élément à considérer lors de l'évaluation.

Le terme «ciblé», utilisé comme un synonyme du mot «spécifique», est défini comme ce qui est propre à un objet, à quelqu'un ou à un groupe. La présence d'une cible précise est indicative de la gravité du risque et de sa probabilité (Monahan & al., 2001). Il est donc suggéré de déterminer ce qui pourrait être une cible de l'agressivité de l'individu. Il est à noter que les professionnels doivent considérer la présence d'une cible en raison des obligations légales; ils doivent protéger autrui (Borum & Reddy, 2001; Monhan et al., 2001; Ogloff, 2002), tout en incluant les « victimes non identifiables » (Monahan & al., 2001, p199.) Ces codes d'éthique professionnelle mentionnent l'obligation de protéger la société et permettent des exemptions à la confidentialité en avisant la cible afin de la protéger (Ogloff, 2002). Plusieurs recherches viennent étayer que lors d'une récidive, les individus sont susceptibles d'agresser à nouveau la même personne ou des cibles similaires (Voyer et al., 2009). Robbins et ses collègues (2003) font une nuance à ce sujet en mentionnant une différence selon le genre. Ainsi, les femmes sont plus susceptibles de cibler la famille alors que les hommes sont plus susceptibles de cibler des étrangers. La présence de cibles lors de l'estimation de la menace, en lien avec la grille P.I.C.C., démontre donc un risque accru de passage à l'acte (Hart, 1998).

Le terme «crédible» est utilisé comme un synonyme des mots «plausible», «possible», «faisable». Borum et Reddy (2001) ont suggéré que les professionnels doivent nécessairement évaluer la « capacité » du client à commettre un acte de violence. Ils mentionnent que l'atteinte de seuils de tolérance et d'autocontrôle individuels signifie une « voie d'accès » (. p.382) vers les comportements à risque, ce qui augmente le degré de risque. L'intention de passage à l'acte

hétéroagressif semble pouvoir servir comme un avertissement à l'évaluateur quant à la présence du risque.

Bref, l'acronyme P.I.C.C. indique que les intervenants devraient vérifier si la menace de nuire repose sur un plan, si elle est immédiate, ciblée et crédible. Par exemple, ils doivent vérifier si l'individu a accès à une arme ou un moyen de blesser; si la menace est immédiate et ciblée envers une personne ou des groupes de personnes. En pratique, lorsque le P.I.C.C. est complété, il devrait jouer un rôle important dans l'évaluation. Bjorkly décrit l'utilité de la grille : « ... les faits s'accumulent de plus en plus pour nous inciter à porter notre attention sur les marques spécifiques se rapportant à chaque facteur de risque. Il a été proposé que mettre de l'ordre dans de telles marques pourrait faciliter l'application clinique de cette information pour prévenir la violence » (2000 p.239). Ainsi, cette intervention permet d'estimer de façon plus structurée le risque d'agression physique.

4.2. L'évaluation du risque d'agression en communauté.

La grille G.E.R.A.C. est basée sur les facteurs cliniques et elle sera décrite plus en profondeur dans la section de la présentation du matériel. Pour l'instant, les facteurs cliniques seront présentés brièvement.

Premièrement, il y a la désorganisation qui s'évalue par la présence de délire de type persécutoire, de délire paranoïde, de délire où il y a une perte de contrôle, d'envahissement, d'hallucinations auditives avec des voix mandataires, de troubles de la pensée, de jugement altéré ou de pensées bizarres.

Deuxièmement, vient l'état émotionnel qui est considéré comme présent lorsque l'individu est en colère, hostile, déprimé, labile, pessimiste, ou irritable.

Troisièmement, il y a le contrôle des impulsions. Le facteur est considéré comme présent lorsque l'individu est tendu et hors de contrôle lors de l'intervention, qu'il prend des risques, qu'il est impulsif, qu'il démontre une faible tolérance aux frustrations ou qu'il ne prévoit pas les conséquences de ses actes.

Quatrièmement, il faut noter l'inobservance de la médication traduit le fait que l'individu ne prend pas sa médication ou ne suit pas la posologie recommandée par son médecin. Il faut noter que l'évaluation de l'observance de la médication par une tierce personne comporte des défis importants puisque l'inobservance peut être cachée par les patients.

Cinquièmement, il y a la consommation est considérée à risque lorsque : ses effets sont néfastes sur l'individu, elle est reliée à des comportements antérieurs agressifs; ou que l'individu ne reconnaît pas qu'il a une consommation hors contrôle, qu'il est dépendant ou qu'il est intoxiqué lors de l'intervention.

Sixièmement, il y a la conduite où un facteur de risque présent lorsque le référant mentionne que le client s'est barricadé, a proféré des menaces, a allumé des feux, a détruit la propriété, a agressé, a volé, qu'il dérange les autres, insulte, agace, a adopté des conduites sexuelles inacceptables, intimide, tyrannise, a fait des remarques racistes, sexistes ou a blessé.

Septièmement, l'exposition à des facteurs déstabilisants désigne le fait qu'il y a eu la perte d'un objet, d'un statut, d'une personne, ou que sont apparues de nouvelles conditions de vie, de nouvelles restrictions, une rechute, un accident ou une perte d'emploi. Ces éléments viennent interagir directement avec la dynamique propre du sujet (Gravier & Lustenberger, 2005).

Huitièmement, il y a la présence ou pas de soutien social. Il est jugé à risque lorsque le client n'a pas de soutien social ou que son réseau social est inadéquat.

5. La conclusion.

En conclusion, on peut dire que plusieurs démarches ont été nécessaires pour atteindre l'objectif général, soit le développement d'une grille d'évaluation du risque d'agression physique en communauté. Ce chapitre montre aussi qu'il nous a fallu utiliser plusieurs ressources, d'où la nécessité de faire notre stage dans deux milieux différents. L'acquis des savoirs fait dans ces deux milieux, nous a permis de développer la grille G.E.R.A.C. puis de la mettre en œuvre.

III Chapitre : La présentation du matériel.

La section qui suit présente les tâches effectuées lors du stage en lien avec l'évaluation du risque d'agression.

La première partie du stage a consisté à faire des évaluations au pavillon Perry 2A, notamment en appliquant l'outil START aux informations contenues dans le dossier psychiatrique des patients. À l'intérieur de ces dossiers, nous retrouvons des observations in situ, ainsi que le compte rendu de divers entretiens réalisés avec les patients. Les éléments utilisés pour l'étude de la problématique sont le cahier de bord de l'unité Perry 2A, les évaluations du START et multidisciplinaires et les rapports d'évolution. Ces éléments constituent une source importante d'information.

La deuxième partie du stage s'est déroulée à l'UPS-J. Dans ce chapitre, le matériel présenté illustre le développement de la grille. Par la suite, le processus d'implantation de la G.E.R.A.C. dans ce service sera présenté.

1. La première partie du stage.

À l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, les patients se font évaluer à l'aide de l'outil START de façon mensuelle. Le personnel adapte ensuite l'intensité du traitement selon le niveau de risque présenté. Le cas de monsieur A servira à l'illustrer. Les intervenants y rédigent des rapports d'évolution, ce que nous montrerons avec le cas de monsieur B. Par ailleurs, le plan d'intervention peut nécessiter des sorties dans la communauté. Un exemple de ceci sera présenté avec monsieur C. Enfin, les membres de l'équipe procèdent aussi à l'analyse des besoins criminogènes. Tel sera le cas dans la section traitant de monsieur D.

1.1. L'outil START.

L'outil START est complété par les intervenants (l'infirmier, le travailleur social et le psychoéducateur) et le responsable clinique du pavillon.

1.1.1. L'exemple d'une grille : Monsieur A.

Comme mentionné précédemment, lorsqu'une évaluation du START est complétée, il est nécessaire d'annexer un résumé des items. Dans ce résumé se trouvent les circonstances entourant l'hospitalisation du patient, les faits observés se rapportant à chaque item de l'outil START, une description brève des risques spécifiques et finalement le plan de gestion de traitement qui a été décidé par les professionnels. Ce résumé permet d'obtenir rapidement un portrait clinique du patient et de l'évolution de l'état mental, ainsi que de mesurer les progrès des clients d'une évaluation à l'autre. Il facilite donc les échanges avec les partenaires et le développement des plans de traitement. De plus, il aide à rédiger les rapports d'évolution, car il contient les signes indicatifs du risque.

A) Le contexte et les circonstances de l'hospitalisation du patient.

M. A est âgé de 40 ans. Il a été admis à l'Institut Douglas pour une évaluation de 30 jours en date du 20 février 2010. Il a déjà été hospitalisé à l'Institut Douglas pour les mêmes accusations. Il a été accusé de résistance lors de son arrestation, de manquement aux conditions de sa probation et de voies de fait à l'égard d'un policier. Le client était sous influence d'une substance intoxicante lors de son arrestation. Le 23 mars 2010, il a été considéré comme apte à subir son procès, mais non criminellement responsable. Présentement, il réside au pavillon Perry 2A, en détention sans modalité de sorties. Il y a été transféré d'une autre unité en raison des comportements agressifs envers les infirmières lors de son évaluation.

B) Précisions sur les items de l'outil START.

1) Habiletés sociales : le patient maintient un contact visuel approprié avec le personnel et les autres résidents du pavillon. Il a une posture corporelle normale et un débit de discours normal. Il est actuellement en conflit avec un membre du personnel. Il refuse de lui adresser la parole, car il croit que ce dernier lui veut du mal. Il peut devenir agressif verbalement envers celui-ci.

2) Les relations : Le patient se dit solitaire. Il n'a pas de contact avec ses proches et n'entretient pas de relation significative avec le personnel.

3) L'emploi : Monsieur A travaillait comme vendeur dans un grand magasin. Il a été congédié deux semaines avant son arrestation en raison de retards récurrents consécutifs. Lorsque la

travailleuse sociale a contacté le superviseur du patient, il lui a mentionné que monsieur avait adopté des comportements condescendants envers lui.

4) Les loisirs : Il participe de façon adéquate aux activités de groupes animés par les psychoéducateurs.

5) L'auto soin : Il est bien habillé et bien soigné. Il n'est pas nécessaire d'intervenir dans ce domaine.

6) L'état mental : Monsieur A a un diagnostic de schizophrénie paranoïde. En ce moment, le patient souffre de délire de type persécutoire, ainsi il pense que son patron complotte contre lui et que c'est la raison pour laquelle il a perdu son emploi. Il croit que celui-ci a envoyé les policiers afin de le faire arrêter et que le personnel fait aussi partie du complot. Par ailleurs, il est bien orienté dans les trois sphères (temps, espace et personne).

7) L'état émotif : Son humeur fluctue selon la journée.

8) L'utilisation de substances : Il possède des antécédents de conduite avec facultés affaiblies. Il fait usage de marijuana de façon récréative. Lors de son arrestation, il était sous les effets de la cocaïne. Les tests de dépistage urinaire ont détecté la présence de cocaïne le 21 février 2010. Malgré ce fait, il nie avoir rechuté.

9) Le contrôle des impulsions : Monsieur A. est perçu comme une personne argumentatrice. De plus, il est agressif et il refuse de suivre les directives demandées par les professionnels.

10) Les déclencheurs externes : Il devient facilement agité face aux déclencheurs externes, par exemple, l'accès à des drogues et à des exigences changeantes du milieu. Il est en conflit, à l'heure actuelle, avec un membre du personnel, qu'il accuse de fouiller dans sa chambre et comploter contre lui. Il est à risque de rechuter de nouveau en consommant de la cocaïne, car il vit de la frustration envers les professionnels. Il nous dit se sentir victime des procédures de l'Institut Douglas.

11) Le soutien social : Il refuse tout contact avec les membres de sa famille sous prétexte qu'il ne veut pas les voir se mêler de ses affaires.

12) Les ressources matérielles : Monsieur A. n'a pas de source de revenus.

13) Les attitudes : Il est défiant et verbalement agressif lorsque le personnel essaie d'établir des limites.

14) L'observance à la médication : Monsieur A. refuse de prendre ses médicaments psychotropes. Il affirme n'avoir aucune intention de continuer à prendre sa médication une fois qu'il aura sa libération.

15) Le respect des règlements : Il a d'abord suivi les règles de l'Institution, et ce, pendant les deux premières semaines de son arrivée au Perry 2 A. Maintenant, le patient est défiant et ne respecte pas les règlements.

16) La conduite : D'autres patients se sont plaints du fait que le patient tente de leur soutirer de l'argent, mais personne n'a pas été témoin de ses agirs. Les autres patients mentionnent que c'est pour s'acheter des substances intoxicantes. Aussi le patient est menaçant envers le personnel lorsqu'une consigne lui est demandée.

17) L'introspection : Le patient ne croit pas souffrir de maladie mentale malgré qu'il ait été plusieurs fois admis à l'hôpital psychiatrique et ce, depuis l'âge de 25 ans.

18) Le plan : Monsieur A aimerait se trouver un emploi.

19) L'adaptation : Il refuse de prendre sa médication.

20) La traitabilité : Il n'entretient pas de relation thérapeutique avec qui que soit de l'équipe du pavillon. Il refuse de prendre ses médicaments jusqu'à ce que le responsable adopte une attitude autoritaire. Il ne se dit pas motivé à apprendre davantage sur sa santé mentale ou sa consommation.

Il est important que tous les items soient cotés selon les définitions proposées dans le guide. L'une des caractéristiques importantes du START est de permettre aux cliniciens d'indiquer les items qu'ils jugent «critiques» sur l'échelle des risques ou «clés» sur l'échelle des forces. Chez monsieur A, les items « critiques» sont les relations, l'état mental, l'utilisation de substances, les déclencheurs externes et l'observance à la médication.

C) Le risque spécifique

D'une part Monsieur A. a des antécédents de fugues. D'autre part, il présente un risque élevé de rechute dû au fait qu'il ne reconnaît pas son problème de consommation de substances psychoactives. D'ailleurs, il dit ouvertement qu'il ne veut cesser sa consommation. Il présente un risque de passage à l'acte violent. Monsieur A est défiant, regarde les professionnels de façon menaçante.

D) Le plan actuel de gestion.

Le plan de gestion prévoit d'abord une rencontre avec le psychiatre afin de discuter de la possibilité d'une ordonnance de traitement psychopharmacologique dans le but d'éviter une désorganisation de l'état mental du patient. Il mentionne ensuite la possibilité que l'éducateur spécialisé sorte sur le terrain avec le patient, afin de créer un lien thérapeutique, étant donné que celui-ci n'entretient aucune relation significative. Concernant les comportements perturbateurs du patient, une technique punitive sera envisagée. Tous les privilèges seront retirés pour 24 heures (soit regarder la télévision et commander de la pizza le mercredi) s'il est agressif verbalement avec un membre du personnel ou avec un autre résident du pavillon. Cette méthode comportementale a pour but de diminuer ses comportements agressifs envers autrui.

1.1.2. L'évolution.

Toutes les deux semaines, ce patient a été évalué à l'aide de l'outil START. Après 1 mois, l'état mental de ce patient était de plus en plus désorganisé : il a frappé deux infirmières, il s'est séquestré dans sa chambre et il souffrait d'hallucinations auditives selon l'infirmier. Le psychiatre a donc fait une demande d'ordonnance de traitement afin d'obliger le patient à prendre sa médication. Lorsque l'état mental de celui-ci s'est stabilisé, des sorties accompagnées sur le terrain ont débuté avec le psycho éducateur. Présentement, le patient est toujours au pavillon Perry 2A en raison du risque élevé de passage à l'acte hétéroagressif qu'il représente lors de son hospitalisation.

1.1.3. Les apprentissages réalisés.

À partir des grilles START, il a été possible de compléter des rapports d'évolution en regroupant toutes les informations sur l'état mental du patient. Pour certains patients, quelques rapports d'évolution ont été présentés lors de l'audience à la Commission en Santé Mentale.

1.2. Les rapports d'évolution présentés en audience.

Le rapport d'évolution est rédigé en équipe à partir de documents (les grilles START et les résumés). Lors des rencontres, les professionnels se positionnent sur la dangerosité que

représente le patient, ainsi que sur ses besoins de traitement. Ce rapport suggère une orientation Par contre ce sont les commissaires seuls qui ont le pouvoir de décision.

La Commission des Examens en Santé Mentale prend des décisions concernant les personnes qui sont privées de leur liberté en raison de l'état de leur santé mentale. À l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, les patients sont « mis sous garde », ce qui signifie qu'ils sont jugés dangereux pour eux-mêmes ou pour la société. Ils sont gardés à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas pour une période de temps fixée par la Commission des Examens en Santé Mentale. Après ce temps, ils doivent se représenter devant la commission avec l'équipe traitante afin d'obtenir un nouveau jugement. Lors de l'audience, le professionnel responsable du dossier, la travailleuse sociale, le psychiatre ainsi que le patient sont présents. et Il y a toujours trois commissaires qui posent quelques questions au patient et à l'équipe traitante. Le psychiatre présente ensuite son orientation et l'évaluation de l'état mental du patient. L'équipe du pavillon Perry 2A a aussi le droit de parole et présente son rapport d'évolution.

1.2.1. L'exemple d'un rapport d'évolution de monsieur B.

Brièvement, on peut indiquer que le patient souffre de schizophrénie affective et d'une atteinte frontale au niveau cérébral. De plus, il est polytoxicomane.

Lors de son admission à l'institut Douglas, monsieur B a été reçu dans un premier temps dans un autre pavillon, le CPC2. Au début de son séjour, le patient s'est déshabillé devant le poste infirmier pendant la nuit, alors qu'il n'y avait qu'une seule infirmière au poste. Selon elle, le patient adoptait des comportements « socialement inacceptables». Par exemple, il faisait des commentaires à teneur sexuelle et adoptait une attitude intrusive envers le personnel féminin. Devant ces plaintes, le patient nia tous ces gestes sexuels inappropriés. Compte tenu de son risque élevé de passage à l'acte, il fut donc transféré au pavillon Perry 2 A.

Durant la présentation du rapport à la Commission des Examens en Santé Mentale, nous demanderons de maintenir son statut légal, soit la détention avec certaines modalités de sorties.

A) Histoire clinique

Le patient est sous la juridiction de la Commission des Examens en Santé Mentale suite à des accusations d'agression sexuelle. Ces événements, ce sont produits dans les toilettes des femmes de l'Université de Montréal à Québec en août 2008 et en août 2009. Pendant les procédures, il a été trouvé inapte à comparaître. Il est présentement sous détention avec certaines modalités de sorties.

B) Justification du transfert et de la demande de maintenir son statut légal.

Un transfert a été demandé dû à un événement survenu au mois de septembre 2010. Le patient a alors agressé sexuellement une autre patiente du pavillon (cet événement sera expliqué ultérieurement). La victime devait retourner sur l'unité suite à une hospitalisation aux soins intensifs. Pour sa sécurité et pour une raison administrative, une demande de transfert vers l'unité CPC3 a été faite pour le patient. Dans les prochains paragraphes, la raison pour laquelle le patient devrait rester en détention avec certaines modalités de sorties sera exposée.

Depuis son séjour au Perry 2A, deux événements à teneur sexuelle ont impliqué monsieur B. avec des patientes au pavillon (juillet et septembre 2010). Au mois de juillet 2010, le patient serait entré dans la chambre d'une autre patiente, il lui aurait fait un cunnilingus et elle l'aurait masturbé. Selon les dires de la victime, monsieur B. l'aurait forcé à avoir une pénétration vaginale. Le patient nie ces événements et le fait d'avoir enfreint les règlements, car il prétend qu'elle l'aurait invité dans sa chambre. Au mois de septembre 2010, une patiente se plaint d'avoir été contrainte à se faire toucher les parties génitales par le patient. Monsieur B nie les propos de la patiente et nous explique qu'il l'avait consolé en lui caressant la jambe. De toute façon, lors de cet événement, le patient n'a pas respecté les règles, car il avait reçu l'interdiction de se trouver dans un même endroit qu'une femme seule.

La validité des dires de monsieur B est douteuse, car il ne démontre aucune autocritique. Il croit être accusé faussement et nie tous les gestes d'agression sexuelle reprochés. Il a une introspection faible face à ses gestes et il considère qu'il n'est pas dangereux pour autrui. Le patient nie avoir un problème de santé mentale et ne désire pas identifier les facteurs de risque ce qui pourrait lui éviter de nouvelles accusations criminelles.

Deux événements problématiques ont également été notés au mois d'octobre 2010, à l'extérieur du pavillon. Au mois d'octobre 2010, les responsables aux caisses de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas ont porté plainte à l'égard du patient. Celui-ci aurait adopté des comportements inadéquats; tels que les suivre dans les corridors, leur faire des commentaires intrusifs tels que «vous êtes belles» ou tenter de toucher leurs cheveux. Elles ont aussi observé que le patient avait un ton insistant lorsqu'il quêtait. Selon une autre plainte, venant d'une agente de sécurité, le patient l'aurait suivi jusqu'à la salle de bain et il aurait attendu qu'elle en sorte. Monsieur B semble donc avoir un « modus operandi », il épie ses victimes, il a une attitude intrusive jusqu'à ce qu'elles aient peur de lui et ensuite il les « attouche». Il n'a pas de plan prémédité, mais agit sur le moment et de façon impulsive.

Lorsqu'il y a présence de nouvelles professionnelles sur l'unité, monsieur B devient fébrile, accapare leur attention et il ne respecte plus le cadre exigé. Nous devons exiger qu'il se retire dans sa chambre lorsqu'il dans cet état. De manière générale, le patient reste toutefois collaborant.

Lors de son séjour au Perry 2A, monsieur B a participé à certaines activités organisées par le département. Il nécessite une surveillance constante et une préparation afin de restreindre le risque d'agression envers autrui.

Au moment du stage, le patient avait un plan de traitement dans lequel il lui était interdit de se trouver dans le même endroit qu'une femme seule. De manière générale, il devait se tenir à un bras de distance d'une femme.

Ces événements nous confirment l'importance que le patient soit maintenu en détention.

C) Évolution de l'état mental et les éléments précurseurs d'une désorganisation.

L'élément précurseur d'une désorganisation pour le monsieur B. est la consommation de substances psychoactives qui engendre chez lui un affect labile, voire même accéléré. Le patient a aussi de grandes difficultés à contrôler ses impulsions, notamment sexuelles. Par exemple, lors

d'une sortie, monsieur B a cessé de répondre aux directives, il s'est dirigé vers un cheval et l'a touché malgré l'interdiction. Il a ensuite mesuré son pénis avec celui du cheval, et ce, à maintes reprises.

D) Les tentatives de suicide et automutilations

Monsieur B n'a pas de tentative de suicide ni d'automutilation à son actif.

E) L'évaluation du risque envers autrui (START).

Étant donné son autocritique limitée et de la gravité des gestes qu'il pose, le patient présente un risque élevé pour autrui. Il doit être encadré de manière stricte afin de protéger la société.

F) Résumé des items START.

Les items cotés comme à risque sont les habiletés sociales, les relations, l'état émotif, les déclencheurs externes, les attitudes envers autrui, la conduite, le faible respect des règlements et la faible introspection.

Le patient fonctionne relativement bien sur l'unité grâce à un plan de traitement strict et clair. Sans ce plan, nous doutons d'une amélioration des comportements à teneur sexuelle du patient. Lorsqu'il est sans surveillance, monsieur B. adopte des comportements inadéquats envers les femmes et il représente un risque élevé d'agression envers autrui.

Quant au risque de consommation, il est jugé modéré. Monsieur B n'a aucune introspection envers sa dépendance aux substances intoxicantes. S'il avait une permission de plus de 15 minutes à l'extérieur de l'unité, le risque de rechute augmenterait de façon significative.

Le risque de congé non autorisé est aussi jugé modéré. Comme mentionné ultérieurement, plus de 15 minutes de permission à l'extérieur de l'unité augmente le risque.

G) Les activités de la vie quotidienne

Le patient a une bonne hygiène personnelle. Nous devons par contre lui rappeler le code vestimentaire sur l'unité, à savoir «pas de camisole». Monsieur B adopte une attitude réfractaire lorsque nous lui rappelons cette consigne. Par ailleurs, il prend sa médication de façon volontaire.

H) Les besoins en termes de continuité de service.

Il est nécessaire de continuer l'apprentissage des comportements de type pro sociaux à l'aide du travailleur social, du psychologue et du psychoéducateur qui le rencontre intensivement. Aussi, le maintien du cadre présent est primordial afin de diminuer le risque d'agression envers autrui.

1.2.2. L'évolution du cas.

Ce rapport a été présenté lors d'une audience centrée sur le statut légal de monsieur B., soit une détention avec une modalité des sorties.

1.3. Les sorties dans la communauté.

Un des mandats du pavillon Perry 2A est aussi l'intégration du patient dans la communauté et la réduction du risque de récidive criminelle. Pour travailler sur ces deux mandats, nous avons décidé d'organiser des sorties dans la communauté avec le patient.

1.3.1. L'exemple d'une sortie avec Monsieur C.

Monsieur C est un jeune homme âgé de 24 ans. Il a vécu de façon à peu près continue dans les milieux de la psychiatrie et de la détention. Il se trouve au pavillon Perry 2A depuis le 25 mars 2009. Il a été accusé d'introduction par effraction, menace de mort envers des usagers du métro STM et de possession d'arme. Le statut légal actuel de monsieur C'est la détention avec modalité de sorties.

Au niveau judiciaire, il a plusieurs antécédents de vols, de voies de fait simple, de voies de fait armé et d'introduction par effraction. Il présente un haut risque de récidive. Au niveau de sa maladie psychiatrique, il a un diagnostic de trouble de personnalité antisociale, un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et un trouble anxieux. Les professionnels du pavillon soupçonnent aussi un trouble psychotique. Lorsqu'il est désorganisé, monsieur présenterait des

hallucinations et un délire persécutoire au sujet des homosexuels. De plus, le patient a fait plusieurs psychoses toxiques. La plupart de ses crimes ont été faits sous l'effet des substances psychotropes.

Le premier enjeu des interventions au moment de notre stage est la stabilisation de son état mental par la médication. Ensuite, il y a la diminution des comportements dits délinquants, dans la mesure où le patient consomme des substances psychoactives dans le pavillon, vole les autres résidents et fait du trafic en vendant des objets de l'extérieur. La prise en charge est de type comportemental. À chaque acte de cette nature, il y a une punition (comme la suppression de son privilège de sortie).

À la lecture du dossier du patient, nous pouvons remarquer que la majorité des actes de violence se déroule dans le métro. Nous rencontrons le patient et il nous mentionne que lorsqu'il est dans un endroit restreint, il a l'impression de se sentir agresser par les autres et il deviendrait plus stressé.

Une intervention inspirée de la désensibilisation systématique des endroits qui le met mal à l'aise a été mise en place. Nous l'appelons les « jeux de lumière » (ou feux de circulation). Cette technique a été choisie, car elle tente un déconditionnement graduel en utilisant une hiérarchie dans les niveaux de l'anxiété. En premier lieu, nous avons trouvé un stimulus provoquant une réponse incompatible avec malaise et pouvant être couplé avec un stimulus. Pour le client c'est d'écouter de la musique en allant dans des endroits particuliers. De plus, nous avons proposé une technique de relaxation qui procure une réponse de calme. Par exemple, avoir une respiration contrôlée, regarder par terre, s'asseoir sur les bancs seuls ou aller dans les wagons du bout. En deuxième lieu, nous avons créé une grille rappelant les feux de circulation. Il y a le rouge qui signifie un niveau élevé d'anxiété, le jaune un niveau moyen et le vert un niveau acceptable. Lors de ses sorties, le patient devait identifier une couleur selon son niveau d'anxiété. Nous avons élaboré cette grille afin que le client puisse identifier les endroits et exprimer ses émotions plus facilement. En troisième lieu, nous avons commencé à sortir avec lui dans des endroits catégorisés «verts», pour ensuite augmenter l'intensité du stress jusqu'aux sorties dans les

métros. En quatrième lieu, nous avons questionné le patient afin de connaître son impression par rapport aux résultats. Le bilan de la première sortie se trouve en annexe.

1.3.2. L'évolution du cas.

Nous avons accompagné le client pendant huit semaines, à une fréquence de deux fois par semaine. Graduellement, le patient a mis en pratique des moyens de relaxation présentés dans le paragraphe précédent. À la fin de cet exercice, le patient a été questionné, il mentionna avoir plus d'autocontrôle concernant son anxiété et pouvoir plus facilement l'identifier. Après ces huit semaines, nous avons pu émettre l'hypothèse d'une diminution des acting-out agressifs dans des endroits spécifiques, car il y a eu moins d'appels venant des policiers du poste du quartier. Cela dit, nous ne pouvons savoir si le patient applique cette technique ailleurs.

1.4. L'évaluation des besoins criminogènes.

L'équipe du Perry 2A nous a demandé d'évaluer les facteurs qui suscitent une augmentation du risque de récidive criminelle afin d'aider l'intervenant pivot à cibler les besoins de l'individu et adapter son plan de traitement. Nous avons donc ciblé les besoins criminogènes de quelques patients. Ces besoins se définissent comme des facteurs de risque dynamiques qui sont liés au comportement criminel. En cela, ils se distinguent des facteurs de risque statiques qui ne peuvent changer que dans un sens (augmentation du risque seulement) et qui sont immuables malgré l'intervention. Nous avons ensuite présenté, lors des réunions d'équipe, un résumé des tendances criminelles différentes au fil du temps chez les patients et les facteurs associés aux différents cheminements. Le cas de monsieur D en est un bon exemple.

1.4.1. L'exemple des besoins criminogènes de monsieur D.

Monsieur D est âgé de 30 ans. Il a un diagnostic de schizophrénie paranoïde et de trouble de la personnalité antisociale. Lorsqu'il décompense, le client a des hallucinations auditives et visuelles, où il voit des vampires et des monstres qui veulent le manger. Une des caractéristiques de ses hallucinations est l'omniprésence du sang. De plus, le client est toxicomane et il fait des psychoses toxiques. Lors de ses psychoses, le client a l'impression qu'il doit se défendre contre tous, car on veut le tuer. Le patient est sous ordonnance de traitement et en détention sans modalité de sorties. Ses antécédents sont des introductions par effraction, des vols à étalage, des

voies de fait, des incendies criminels, des agressions armées et une tentative de meurtre. Nous pouvons remarquer que la plupart de ses crimes se font sous l'influence de drogues ou en période de sevrage. Sa dernière arrestation est liée à une tentative de meurtre auprès d'un de ses pairs. Le client nous explique avoir poignardé cet individu, car il lui refusait de lui remettre sa « pipe à crack ». De plus, il craignait que celui-ci veuille lui voler tous ses biens et lui faire du mal. Il ne peut pas nous expliquer en détails l'événement, car il était intoxiqué et cela demeure encore flou pour monsieur D.

Il est au Perry 2A depuis deux ans et il ne peut sortir du pavillon à raison du risque élevé de fugue et de rechute à la consommation de drogues selon l'évaluation basée sur l'outil START, lors de notre stage, le client a rechuté à deux reprises. Durant ces moments, le client a dû être contentonné, car il a tenté d'étrangler un autre résident suite à un conflit et il a lancé une chaise sur une infirmière. Nous pouvons constater que le client devient agressif en état d'intoxication. Lors de nos rencontres, nous devons tenté de travailler la toxicomanie du client qui semble être un facteur dynamique important dans sa récidive.

Si l'on se fie à l'historique de Monsieur D., il présente aussi une délinquance de type « persistante et grave ». Enfant, il volait en compagnie de son père et avait des troubles de comportement importants à l'école primaire. Durant son adolescence, il a connu une augmentation du nombre d'arrestations pour vols et pour voies de fait. À l'âge adulte, il a continué de faire des délits tels des vols et des introductions par effraction. Dans son dossier judiciaire, nous pouvons remarquer que le client était armé dans la plupart de ses voies de fait. Lorsque nous questionnons le client, il nous explique avoir commencé à consommer de la drogue dure et des amphétamines à l'âge 13 ans, ce qui concorde avec l'augmentation de la violence dans son dossier. De plus, il nous explique avoir fait plusieurs introductions par effraction lorsqu'il était sous l'effet des substances intoxicantes. La plupart de ses délits sont en lien avec sa consommation de drogues : ou bien il est sous leur effet ou bien il fait des vols afin de s'approprier des biens.

Compte tenu du fait que la consommation est l'une des motivations à commettre des délits, nous avons suggéré à l'équipe de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas d'élaborer un plan de traitement visant à travailler la consommation de monsieur D.

1.4.2. L'évolution du cas.

Durant le stage, la travailleuse sociale a tenté de transférer le patient dans un centre de désintoxication, mais il a refusé. Il est donc resté hospitalisé à l'Institut Douglas, au pavillon Perry 2A jusqu'à sa prochaine audience. Pendant ce temps, les professionnels ont tout de même continué à travailler sur son abstinence.

2. La deuxième partie du stage : une grille ajustée aux passages à l'acte agressif pouvant survenir dans la communauté.

La deuxième partie du stage a permis d'atteindre un des objectifs spécifiques, qui est la construction d'une grille ajustée aux passages à l'acte agressifs pouvant survenir dans la communauté. Celle-ci a été développée dans le but de transférer les connaissances concernant le START vers un autre service. Pour élaborer cette grille, nous avons rencontré cinq intervenants de l'Institut Douglas venant du pavillon Perry 2A (deux infirmières, la travailleuse sociale, la psycho éducatrice et le coordonnateur clinique). Par la suite, nous avons rencontré les intervenants de l'UPS-J afin de valider les items retenus. L'échantillon des participants de l'Institut Douglas et celui de l'UPS-J sont similaires quant à la discipline d'étude, au nombre d'années d'expérience et au sexe.

L'utilisation d'une méthode quantitative descriptive a été privilégiée afin de mesurer les opinions des intervenants concernant les items retenus pour la grille. Les mêmes questions ont été posées à toutes les personnes interrogées.

2.1. La validation de la pertinence du contenu de la grille dans le premier milieu de stage, à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

Lors de la construction de la G.E.R.A.C., des rencontres ont cherché à valider la pertinence des items que nous avons retenus à l'aide de la recension d'écrits. Cinq intervenants ont été rencontrés et ont rempli un formulaire à questions ouvertes portant sur les aspects pertinents à l'estimation de la dangerosité envers autrui dans un contexte d'évaluation en communauté. La section suivante illustre le contenu du questionnaire.

2.1.1. Le questionnaire explorant les aspects à évaluer par rapport au risque d'agression envers autrui selon les intervenants de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

«A) Objectif du projet

Après avoir acquis des connaissances lors du stage au pavillon Perry 2A de l'Institut Douglas, notamment sur le START, nous souhaitons réaliser un transfert de connaissance vers l'Urgence psychosociale-justice, afin de pallier au manque d'outil pour l'estimation du risque d'agression. L'objectif est d'implanter dans le service de l'Urgence psychosociale-justice une grille d'évaluation du risque d'agression chez des individus vivant dans la communauté.

B) Objectif de l'exercice demandé

En utilisant votre jugement clinique, vous devez identifier les aspects de l'outil START considérés les plus importants dans une évaluation du risque d'agression envers autrui, et ce, en situation de crise. Ensuite, vous devez nommer les aspects choisis et les mettre en ordre croissant d'importance. Il faut noter qu'il n'y a pas de nombre d'items demandés ou limités.

C) Mise en contexte

L'intervention en contexte d'urgence implique régulièrement le déplacement sur les lieux de l'événement. La clientèle se compose d'individus ayant 14 ans et plus, ayant un problème de santé mentale pouvant inclure les troubles de personnalité et auxquels peuvent être associés des comportements délictueux. Il s'agit pour l'essentiel de désamorcer une crise, d'apporter un soutien aux personnes impliquées (ex : les policiers, les ambulanciers ou les intervenants) et d'évaluer la dangerosité de l'individu. Les trois principales dangerosités évaluées sont le risque contre soi-même, contre autrui et menace à l'intégrité. Lors de l'intervention, la personne peut être agitée, désorientée dans les trois sphères, délirante, menaçante, dérangement ou sous l'effet d'une substance quelconque. Elle peut aussi avoir cessé sa médication.

La finalité des interventions est soit l'accompagnement vers l'hôpital, soit vers une ressource d'hébergement ou vers l'incarcération. Les intervenants sont mandataires de la loi P.38.001, qui est une loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou

pour autrui, et ce, dans l'immédiat. À cause de cette dangerosité, des intervenants peuvent soumettre un individu à une évaluation psychiatrique contre sa volonté.

D) L'exercice :

Vous êtes un intervenant de l'UPS-J, les policiers vous demandent d'évaluer un individu qui semble en crise. Ils désirent savoir si cet individu représente un risque de dangerosité envers autrui en ce moment. Ils vous attendent à son domicile. Quels sont les aspects du START que vous considérez afin d'évaluer s'il y a un risque d'agression envers autrui? Pouvez-vous les nommer et les classer en ordre d'importance?»

2.1.2. Les résultats de l'exercice précédent fait par les professionnels de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.

Une fois que les questionnaires ont été remplis, ils ont fait l'objet de traitements statistiques en faisant le pourcentage de l'apparition de l'item. Cette analyse de données nous a permis de les hiérarchiser. Lorsque nous avons terminé l'analyse des données, neuf items sont ressortis. Un deuxième questionnaire regroupant ces neuf items a été créé et distribué aux intervenants de l'Urgence psychosociale-justice.

2.2. La validation de la pertinence du contenu de la grille dans le deuxième milieu de stage, au service de l'Urgence Psychosociale-Justice.

À partir des résultats du premier questionnaire, neuf items ont été présentés à cinq intervenants de l'Urgence psychosociale-justice. À l'aide d'une échelle likert en cinq points (totalement en désaccord, un peu en désaccord, neutre, un peu en accord, très en accord), il leur a été demandé si les items étaient clairement définis, pertinents et accessibles ou «évaluables» dans le cadre de leur pratique courante. Il leur a aussi été demandé s'ils croient que la grille devrait comporter un autre item.

2.2.1. Questionnaire explorant les définitions des aspects à considérer lors d'une évaluation du risque d'agression envers autrui, selon les intervenants de l'Urgence psychosociale-justice.

On trouve dans les lignes suivantes un extrait du nouvel outil.

«Lors d'un exercice, les intervenants de l'Institut Douglas ont ressorti neuf items. Pouvez-vous coter sur une échelle de cinq 1) si l'item est clairement défini, 2) s'il est pertinent et 3) s'il est accessible pendant votre évaluation.

A) État mental : Cet item se rapporte aux symptômes et aux signes des troubles mentaux graves, particulièrement les perturbations de la pensée et les symptômes positifs d'une maladie en lien avec le DSM-IV. Des exemples : délires, hallucinations, compulsions, paranoïa, trouble de la pensée, confusion, désorientation, pensée bizarre.

B) État émotif : les émotions sont appelées affect; un état émotionnel persistant et soutenu rapporté par le client est nommé humeur. Des exemples: déprimé, humeur élevée, labile, pessimiste, léthargique, irritable, en colère.

C) Contrôle des impulsions : c'est la capacité d'autorégulation du client. En fait, c'est la tendance à agir avec moins de pensées préméditées que font la plupart des individus de compétence égale. Des exemples : sur les nerfs, erratique, hors de contrôle, excité, impulsif, faible tolérance aux frustrations, calme, pense aux conséquences.

D) Observance aux médicaments : bien que le risque de violence envers soi et les autres chez les personnes ayant des troubles mentaux puisse être atténué au moyen de protocoles appropriés d'évaluation du risque, la fidélité à l'intervention thérapeutique demeure une composante d'une gestion efficace du risque. Des exemples : ne prend pas sa médication ou accepte seulement certains médicaments, a une gestion responsable de sa médication, minimise les effets secondaires.

E) *Utilisation de substances* : l'utilisation de substances affecte l'évaluation exacte des signaux sociaux, tels le danger, la frustration et sert à rationaliser un comportement antisocial. À noter que nous devons tenir compte du comportement antérieur du client sous l'influence des drogues de choix. Des exemples : effets néfastes sur lui ou les autres sous l'emprise de substances, consommation des substances illicites, intoxiqué, dépendant ou boit avec modération, demeure responsable, accepte un traitement.

F) *Conduite* : Renvoie au codage du comportement réel, observé. Des exemples : profère des menaces, allume des feux, détruit la propriété, agresse, vole, dérange, conduite sexuelle, intimide, fait des remarques racistes, sexistes ou autres, se blesse lui-même ou les autres.

G) *Adaptation*: les efforts cognitifs et comportementaux constamment en changement pour gérer les exigences extérieures ou intérieures qui sont estimées pénibles et excédant les ressources de la personne. Des exemples : incapable de résoudre les problèmes sans aide, se désintègre sous la pression, fige ou se sent perdant dans une situation stressante, résout efficacement les problèmes, cherche de l'aide et s'en sert.

H) *Introspection* : dans le milieu de santé mentale et de psychiatrie légale, il est généralement admis que les personnes font preuve d'introspection quand elles reconnaissent avoir un trouble et peuvent comprendre que leur situation s'améliorerait si elles acceptaient un traitement approprié. Des exemples : n'est pas conscient de soi, ne comprend pas la motivation derrière ses propres actes, nie avoir un trouble mental ou un trouble, est conscient de ses limites, fait le rapport entre la pensée et l'action.

I) *Attitude* : le contenu représentatif comme des attitudes qui justifient ou stigmatisent un comportement violent. Les attitudes sont les prédicteurs de conduite. Des exemples : procriminel, agressif, grandiose, insensible, sans remords, narcissique, égoïste, aime comploter, hostile ou respectueux, indulgent, éprouve, honnête, franc, réceptif.

J) *Est-ce qu'il y a un autre item que vous voulez ajouter?*

2.2.2. Les résultats de l'exercice précédemment fait par les professionnels de l'Urgence Psychosociale-Justice.

À cette étape des analyses, les items ayant été nommés par plus de 50 % des participants du service de l'Urgence psychosociale-justice ont été sélectionnés pour la construction de la grille et ensuite validés par la littérature.

2.3. La version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémonique P.I.C.C. dans le 2^e milieu de stage, le service de l'Urgence-Psychosociale-Justice.

À partir des résultats du questionnaire numéro 2, nous avons reformulé les items que les intervenants ne trouvaient pas clairs. Une formule mnémonique concernant l'évaluation de la menace a été ajoutée, les intervenants ont aussi été sollicités au sujet de cette formule. Sur une échelle likert en cinq points (totalement en désaccord, un peu en désaccord, neutre, un peu en accord, très en accord), nous leur avons donc demandé s'ils trouvaient les items clairement définis, pertinents et accessibles.

2.3.1. L'exemple de la version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémonique P.I.C.C..

A) L'évaluation de la menace : P.I.C.C.

L'évaluation de la menace est faite lorsque les intervenants sont appelés lors de moment de crise afin de prendre une décision dans l'immédiat. Les intervenants vérifient si la menace de nuire est planifiée, immédiate et ciblée vers une personne ou des groupes de personnes et croyable. Pour chacun des critères suivants, indiquez si les questions sont 1) clairement définies? 2) pertinentes pour prédire le risque? 3) accessibles pour prédire le risque?

Plan : désigne ce qui est prévu d'être fait dans un cadre. On peut faire un lien avec le «Comment, Où et Quand» utilisé lors des évaluations du risque suicidaire. Dans le contexte d'une menace de violence.

Immédiat : est utilisé comme synonyme de «maintenant». Le terme immédiat désigne un risque prévu dans les 48 heures qui suivent l'évaluation de la menace.

Ciblé : est utilisé comme un synonyme du mot spécifique. La définition est propre à un objet, spécifique à quelqu'un ou à un groupe.

Crédible: est utilisé comme un synonyme du mot plausible, crédible, possible ou faisable. Elle définit ce qui doit être cru.

B) Évaluation de la personne

Pour chacun des critères suivants, indiquez si les items sont 1) clairement définis? 2) pertinents pour prédire le risque? 3) accessibles pour prédire le risque?

Désorganisation psychotique: Cet item se rapporte aux symptômes et aux signes des troubles mentaux graves, plus particulièrement : les perturbations de la pensée, les perturbations du discours, les troubles perceptifs et un état mental altéré au moment de l'intervention. Les types de perturbations sont en lien avec les principales approches diagnostiques telles que rapportées dans le DSM-IV. À noter qu'il faut considérer la présence et la sévérité de ces symptômes pour conclure qu'il y a présence d'une désorganisation. 1 : Délires de type persécutaires, paranoïdes, délires où il y a une perte de contrôle, hallucinations, voix mandataires, compulsions, troubles de la pensée, jugement altéré, pensées bizarres, délire ou voix envahissant. 0 : Absence ou peu de symptômes psychotiques, pensée claire, demeure concentrée, capable de pensées concrètes. Se sent en sécurité. NSP : Absence de symptômes psychotiques. Pas accessible lors de l'intervention.

État émotionnel: Les manifestations extérieures des émotions sont appelées l'affect, alors qu'un état émotionnel persistant et soutenu rapporté par le client est nommé humeur. L'état émotionnel d'une personne l'influence sur la raison, sur ses « actions », la prise de décision, la mémoire. 1 : En colère, hostile, déprimé, humeur survoltée, labile, pessimiste, irritable, sentiment de nullité. 0 : Humeur normale, de bonne humeur, pleine d'espoir. NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

Contrôle des impulsions: Le rôle varié de l'impulsivité est un trait relié à la désinhibition, à la nouveauté, à la recherche de sensation, l'instabilité interpersonnelle et à la mauvaise conduite.

En fait, c'est la capacité d'autorégulation du client. C'est la tendance à agir avec moins de pensée préméditée que ne font pas la plupart des individus de compétences et d'intelligences égales. Il est affirmé que l'impulsivité joue un rôle significatif dans l'explication de la comorbidité entre les troubles de la personnalité et autre psychopathologie comme l'abus de substance et l'acte autodestructeur. 1 : Sur les nerfs, hors de contrôle, excité, prend des risques, impulsif, agit sous l'impulsion du moment, ne prévoit pas les conséquences, faible tolérance aux frustrations. 0 : Retenu, calme, réservé, décidé, maître de lui, réfléchit avant d'agir, pense aux conséquences, tolère la frustration. NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

Observance de la médication: Bien que le risque de violence envers soi et les autres que posent les personnes ayant des troubles mentaux puisse être atténué au moyen de protocoles appropriés d'évaluation du risque, la fidélité à l'intervention thérapeutique demeure une composante essentielle d'une gestion efficace du risque. L'association étroite entre l'inobservation des mesures curatives, la décompensation de l'état mental et la réadmission à l'hôpital est amplement documentée dans la littérature scientifique. À noter que le trouble comorbide d'abus de substances présente des difficultés additionnelles et a un rapport significatif avec l'inobservation des mesures curatives, l'hostilité et la violence. 1 : Ne prends pas sa médication, ne suit pas le schéma posologique recommandé. 0 : Gestion de sa médication, s'efforce pour comprendre la fonction des médicaments. NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

Utilisation de substances: Des recherches ont soulevé qu'il y a une interaction potentielle entre l'abus de substances et la maladie mentale, et que cela devient un taux prédicteur de la violence. L'utilisation de substance sert à réduire l'évaluation exacte des signaux sociaux tels que le danger ou la frustration, sert de rationalisation pour un comportement antisocial, réduit l'autosurveillance et l'attention aux conséquences à long terme. Il agit comme un désinhibiteur chimique des impulsions agressives, exagère les symptômes psychotiques ou l'agitation. Il augmente les conflits avec autrui peut même exposer les clients à des milieux et des pairs violents. 1 : Effets néfastes sur lui ou les autres sous l'emprise de substances, comportement antérieur du client sous l'influence des drogues, consomme des substances illicites, non-reconnaissance de la consommation comme une problématique, consommation hors contrôle,

dépendant, intoxiqué. 0 : Boit avec modération, restreins sa consommation, demeure contrôlé, respecte la législation pertinente. NSP : Ne consomme pas. Pas accessible lors de l'intervention

Conduite: Renvoie au codage du comportement réel, observé et documenté. En lien avec l'appel reçu lors de la demande d'intervention. Le but d'estimer cet item est qu'il nous donne la possibilité d'examiner la force de l'association entre le présent item et les autres (maladie mentale, désorganisation, intoxication, etc.). 1 : Se barricade, profère des menaces, allume des feux, détruit la propriété, agresse, vole, dérange, monte des coups contre les autres, se plaint constamment et sans justification, insulte, agace, conduite sexuelle inacceptable, intimide, tyrannise, fait des remarques racistes, sexistes, se blesse ou blesse autrui. 0 : Accepte la responsabilité de ses actes, respecte la propriété, insulte pas les autres, comportement adapté au contexte, ne compromet pas sa sécurité et celle des autres. NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

Exposition à des facteurs déstabilisants: En lien avec le HCR-20 à l'échelle gestion du risque, le stress est l'exposition à des stressseurs graves reliés aux difficultés de la vie en général. L'individu qui est mal préparé à affronter les difficultés peut être plus violent. 1 : Perte d'un objet, d'un statut, d'une personne, l'abandon, nouvelles conditions de vie, nouvelles restrictions, rechutes, accident, perte d'emploi. 0: Pas d'éléments stressseurs dans son quotidien. NSP : Pas accessible lors de l'intervention

Soutien social: Est le filet de sécurité pour l'individu. Le soutien social influe sur la santé physique et mentale. On l'évalue par le degré de soutien physique, émotionnel et matériel que la personne reçoit des autres. Ce soutien peut servir de tampon contre les changements de vie stressante et aider la personne à gérer et à réduire son stress. 1 : Soutient social absent ou refusé, réseau social inadéquat, peu ou pas soutien des pairs. Le client jouit-il d'un soutien positif de la part de ses pairs. 0 : Soutien social de la famille, des amis, des intervenants et des autres réseaux sociaux convenables. Le client jouit-il d'un soutien positif de la part de ses parts? NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

2.3.2. Les résultats de l'exercice réalisé par les professionnels du service de l'Urgence-Psychosociale-Justice, concernant la version préliminaire de la G.E.R.A.C. et de la formule mnémorique P.I.C.C..

À partir des résultats tirés du questionnaire 3, la version définitive de la grille a été développée.

2.4. La version définitive de la GE.R.A.C..

Dans la version définitive du G.E.R.A.C., il y a au total 8 items. Il a été nécessaire de la présenter aux superviseurs du service d'Urgence Psychosociale-Justice afin qu'ils la valident et qu'on puisse passer à l'objectif de l'implantation. À noter que la grille est accompagnée des définitions présentées précédemment.

2.4.1. L'exemple de la grille définitive G.E.R.A.C..

Évaluation de la menace		
Plan	Oui	Non
Immédiat	Oui	Non
Ciblée	Oui	Non
Crédible	Oui	Non

Évaluation de la personne			
Items	Risques		
Désorganisation psychotique	0	1	NSP
État émotif	0	1	NSP
Contrôle des impulsions	0	1	NSP
Observance aux médicaments	0	1	NSP
Utilisation de substances	0	1	NSP
Conduite	0	1	NSP
Exposition à des facteurs déstabilisants	0	1	NSP
Soutien social	0	1	NSP

2.5. Le cahier du participant

Nous avons créé un cahier qui contient l'objet du projet, l'identification du matériel, les processus d'implantation, une copie des grilles et la disponibilité du responsable du projet. Ce cahier a été remis lors d'une rencontre individuelle avec chaque participant afin de leur expliquer son contenu. À noter que la description de l'échantillonnage est présentée dans la section résultats. L'exemple du cahier remis aux participants du service de l'Urgence Psychosociale-Justice est à l'annexe 2.

Pendant 8 semaines, les participants ont utilisé la G.E.R.A.C. Nous avons offert de la supervision clinique individuelle afin de répondre à leurs questions. Nous avons remarqué quelques résistances de la part des participants. Par exemple, la moitié des participants n'ont pas lu les directives, en justifiant qu'ils n'avaient pas eu le temps ou n'avaient pas le besoin qu'on leur dise quoi faire. En lien avec le projet présent, le taux de participation faible pourrait s'expliquer par cette résistance au changement. La description des causes de la résistance des participants est décrite à la section résultats.

2.6. Le questionnaire de l'appréciation de la G.E.R.A.C auprès des participants.

À la fin de l'implantation, nous avons demandé aux participants de remplir un questionnaire portant sur l'appréciation de la grille. Nous avons gardé la même structure que les questionnaires précédents. Par contre, nous avons ajouté des questions ouvertes afin d'évaluer la perception des participants par rapport à la pertinence et l'efficacité de la grille.

2.6.1. L'exemple du questionnaire sur l'appréciation de la grille.

Pour chacun des items (désorganisation psychotique, état émotif, contrôle des impulsions, observance aux médicaments, utilisation de substances, conduite, exposition à des facteurs déstabilisants, et soutien social, on demandait : 1) *est-ce clairement défini?* 2) *est-ce pertinent pour prédire le risque?* 3) *est-ce accessible pour prédire le risque?*

Venaient ensuite les questions : *«Est-ce que vous trouvez la grille en général fiable? Oui ou non, explication. Est-ce que vous trouvez la grille utile? Oui ou non, explication. Est-ce que vous êtes satisfait de la grille? Oui ou non, explication. Pensez-vous l'utiliser après votre participation?»*

Oui ou non, explication. Pensez-vous transmettre vos acquis à ceux qui n'ont pas participé? Oui ou non, explication

Les participants ont semblé satisfaits de la grille. Par contre, il y a eu certaines difficultés au niveau de l'implantation. À la section résultats, il y aura plus de détails.

En résumé, pour arriver à la version définitive de la grille G.E.R.A.C., nous avons dû faire une partie de notre stage à l'Institut Douglas, au pavillon Perry 2A. Nous nous y sommes familiarisés avec la grille START et avons évalué quelques patients à l'aide de l'outil. À partir de cette grille, nous avons achevé des rapports d'évolution en regroupant toutes les informations sur l'état mental du patient. Pour certains patients, quelques rapports d'évolution ont été présentés lors de l'audience à la Commission des Examens en Santé mentale. L'un des mandats du pavillon Perry 2A est aussi l'intégration du patient dans la communauté et la réduction du risque de récidive criminelle. Pour travailler sur ces deux mandats, nous avons décidé d'organiser des sorties dans la communauté avec des patients. Nous avons aussi identifié quelques facteurs de risque afin cibler les besoins et adapter le plan de traitement du patient.

En deuxième lieu, le stage s'est déroulé à l'UPS-J. Cette partie du stage a permis la construction d'une grille G.E.R.A.C. Pour l'élaborer, nous avons rencontré cinq intervenants de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas venant du pavillon Perry 2A. Par la suite, nous avons rencontré les intervenants de l'UPS-J à quelques reprises afin de valider les items retenus, et ce, à l'aide des questionnaires. Une fois que les exercices ont été faits, nous avons analysé des données. Cela nous a permis de construire une version préliminaire que nous avons présentée aux professionnels du service de l'Urgence Psychosociale-Justice, suite à cette rencontre, nous avons construit la grille définitive de la G.E.R.A.C, où huit items sont ressortis. Pour terminer, nous avons implanté cette grille au sein du service UPS-J où quelques résultats seront présentés à la prochaine section.

IV Chapitre : Les résultats et les analyses du matériel.

La G.E.R.A.C. est le résultat d'une adaptation de l'outil START et le résultat d'une collaboration des professionnels de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas et des professionnels du service de l'Urgence Psychosociale-Justice. Cette grille vise à fournir, aux professionnels du service de l'Urgence Psychosociale-Justice, un cadre pour les guider dans leur estimation du risque de comportement agressif et de violence dans l'immédiat. En bref, la grille tente d'amener une réflexion sur l'estimation du risque, alors qu'elle devrait se baser sur des données probantes plutôt que sur des opinions personnelles, et ce afin d'obtenir une évaluation plus exacte.

Les caractéristiques de l'échantillon des professionnels participants de l'UPS-J sont présentées dans le tableau un. Cet échantillon est constitué de volontaires qui se disent intéressés au projet. Les participants ont été invités à remplir des questionnaires concernant la clarté, la pertinence et l'accessibilité de certains facteurs lors de leur évaluation du risque d'agression. Pour juger du degré de satisfaction de la G.E.R.A.C., les participants ont été invités à remplir un questionnaire, dont les réponses sont présentées au tableau cinq.

Un total de 12 formulaires G.E.R.A.C. ont été remplis, ce qui signifie que 12 clients qui représentaient un risque d'agression physique ont été évalués selon la G.E.R.A.C. et ce lors des interventions survenues entre la période du huit novembre 2010 au 21 décembre 2010.

1. Les caractéristiques individuelles des participants de l'UPS-J et leur contribution à l'implantation de la grille G.E.R.A.C.

Nombre d'années d'expériences	Quart de travail	Discipline	Contribution à l'étude (nombre de formulaires et %)
7 ans	Soir	Criminologie	4/12 (33%)
8 mois	Soir	Travail social	3/12 (25%)
2 ans	Jour	Travail social	3/12 (25%)
7 mois	Soir	Travail social	2/12 (16%)
2 ans	Nuit	Psychoéducation	0%
2 ans	Jour	Infirmière	0%
15 ans	Jour	Infirmière	0%
12 ans	Soir	Infirmière	0%

Le tableau un présente les caractéristiques individuelles de chaque participant de même que leur contribution à l'implantation de la G.E.R.A.C. (soit le ratio entre le nombre de grilles qu'ils ont

complétées sur le nombre total de grilles complétées). Nous avons analysé le taux de participation en fonction du nombre d'années d'expérience pour chaque participant au service de l'Urgence psychosociale-justice. Pour notre analyse, nous les avons divisés en trois groupes distincts, soit à chaque cinq ans d'années d'expérience; zéro à cinq ans exclusivement, cinq à dix ans exclusivement et dix à quinze ans inclusivement.

Nous remarquons que les participants ayant moins de cinq ans d'expérience, dans le service l'Urgence Psychosociale-Justice, ont fourni 25 % du total des grilles complétées. Les participants ayant entre cinq à dix ans d'expérience, dans le même service, ont fourni 75 % du total des grilles complétées. Finalement, les participants ayant dix à quinze ans d'expérience n'ont pas participé (zéro %).

Ces pourcentages de participation pourraient démontrer que les intervenants ayant entre zéro à dix ans d'années d'expérience, dans le service de l'Urgence Psychosociale-Justice, sont plus motivés à changer leurs pratiques actuelles, comparativement à ceux ayant au moins 10 ans d'expérience. On pourrait donc croire que ceux ayant 10 ans d'expérience ont déjà suivi beaucoup de formations et participé à plusieurs projets pilotes. De plus, il se peut qu'un projet d'étudiant suscite moins d'intérêt chez les intervenants ayant au moins 10 ans d'expérience.

Nous avons aussi analysé le pourcentage de la contribution à l'étude en fonction du quart de travail des participants; ceux travaillant lors de la journée, lors de la soirée et lors de la nuit dans le service de l'Urgence Psychosociale-Justice.

Notre analyse montre que 75 % des grilles complétées ont été fournies par les participants travaillant de soir. Les autres ont été complétées par les participants travaillant dans le quart de jour. Aucune grille n'a été complétée par le participant travaillant dans le quart de nuit.

Il nous semble que les participants ayant un contact constant avec la responsable du projet, soit dans le quart de soir, ont eu un taux de participation plus élevé que ceux travaillant dans les autres quarts. Il se peut que cette plus grande proximité avec le responsable ait favorisé une plus grande participation, voire apporté un effet de rappel à les compléter. Cette proximité apporte aussi l'avantage pour les participants qu'en cas de questions concernant la grille P.I.C.C. ou G.E.R.A.C., ils pouvaient les poser directement, et ce, sans délai comparativement aux autres quarts.

Une autre hypothèse est que le nombre des demandes d'intervention, afin d'évaluer la dangerosité en lien avec l'état mental, varie selon les quarts de travail. Selon nos observations, lors du quart de jour et de soir, les participants ont une moyenne d'intervention semblable, comparativement à ce qui produit lors du quart de nuit où la moyenne d'intervention est moins élevée. Cela pourrait expliquer la non- participation de l'intervenant de nuit.

Par ailleurs, durant le quart de jour, les participants ont plus de tâches connexes à l'intervention (ex : comme faire des suivis avec les partenaires), ce qui pourrait expliquer leur taux de participation plus faible comparativement aux participants travaillant dans le quart de soir. Autrement dit, ils pourraient avoir moins de temps pour compléter des grilles comparativement à ceux travaillant dans les autres quarts de travail.

L'équipe de l'Urgence Psychosociale-Justice est multidisciplinaire. Nous avons donc tenté de rejoindre les représentants des quatre disciplines majoritaires dans l'équipe (travail social, infirmerie, criminologie et psychoéducation). Nous avons aussi analysé le taux de participation en fonction de la discipline du diplôme universitaire.

Dans le groupe de participants, ceux ayant un baccalauréat en travail social représentent trois sur huit participants (37.5 % du groupe). Ce groupe a complété 66 % des grilles. Les infirmières représentent trois sur huit participants (37.5 % du groupe). Leur taux de participation est nul. Dans ce même échantillon, une personne est détenteur d'un baccalauréat en criminologie (donc 12.5 %). Sa participation représente 34 % des grilles complétées. Un dernier participant est détenteur d'un baccalauréat en psychoéducation (12.5 % du groupe) et sa participation a été nulle.

Nous nous sommes questionnés : est-ce que la discipline du participant influence sa participation au projet pilote? Les résultats semblent confirmer cette hypothèse alors que les travailleurs sociaux et le criminologue sont ceux qui ont majoritairement participé. Par contre, nous ne pouvons expliquer la raison de cette différence, car tous les participants doivent faire la même évaluation dans ce service.

Le tableau 2 présente le pourcentage d'utilisation des items de la G.E.R.A.C. par rapport au total de 12 grilles complétées.

2. *Le pourcentage d'utilisation des items de la G.E.R.A.C.*

<u>Les items de la G.ERAC</u>	<u>Pourcentage d'utilisation des items</u>		
	Risque 1	NSP	Risque 0
Conduite	11/12 (92%)	0/12 (0%)	1/12 (8%)
Facteurs déstabilisants	10/12 (84%)	1/12 (8%)	1/12 (8%)
État émotif	10/12 (84%)	0/12 (0%)	2/12 (16%)
Contrôle des impulsions	9/12 (75%)	0/12 (0%)	3/12 (25%)
Désorganisation psychotique	6/12 (50%)	1/12 (8%)	5/12 (42%)
Soutien social	5/12 (42%)	2/12 (16%)	5/12 (42%)
Consommation des substances psychoactives	3/12 (25%)	8/12 (67%)	1/12 (8%)
Inobservance de la médication	2/12 (16%)	6/12 (50%)	4/12 (34%)

Nous pouvons remarquer qu'il y a eu 12 grilles de complétées donc 12 clients ont été évalué par la grille G.E.R.A.C. Dans ce tableau, nous analysons le nombre de fois que l'item a été observé par client.

Pour le risque côté 1, qui signifie que les participants l'ont observé lors de leur intervention, les trois items les plus perçus sont : la «conduite» (92 %), les «facteurs déstabilisants» (84 %) et «l'état émotif» (84 %).

Le pourcentage élevé de l'utilisation de l'item «conduite» n'est pas surprenant, car il représente le motif de la demande d'intervention de la part des tiers. En effet, rappelons que le demandeur de l'intervention fait appel au service de l'UPS-J lorsque le client adopte un comportement à risque.

En ce qui concerne l'item «facteurs déstabilisants», nous pourrions supposer que les intervenants de l'UPS-J sont appelés à venir sur les lieux lorsqu'un facteur déstabilisant est présent. Dans la littérature, plusieurs auteurs mentionnent que les éléments déstabilisants peuvent faciliter l'émergence des comportements violents chez les individus ayant un trouble de santé mentale. Selon Mc Niel (2002) « des individus à risque élevé ne sont en fait violents que pour une courte période, on suppose que des facteurs situationnels influencent le moment de la survenue de leur violence. » (p.154). Cela signifie que lors de moments de crise, les clients sont plus à risque à commettre un acte violent et c'est à ce moment que les participants sont appelés à évaluer le client.

Concernant l'utilisation élevée de l'item «état émotif», nous croyons qu'elle s'explique par le rôle de l'émotion en contexte d'urgence. Souvent, les participants sont appelés à évaluer la dangerosité lorsque l'état émotionnel est caractérisé par « être en colère, hostilité, être déprimé, être labile, être pessimiste, être irritable ». Nous n'avons pas demandé de spécifier l'état émotionnel lorsque les participants complétaient la grille. En se basant sur la littérature, la colère devait être la principale émotion lors des moments de crise.

Le facteur de risque coté «0» signifie que les participants ne l'ont pas perçu lors de leur intervention. Les quatre items les moins perçus sont la désorganisation psychotique (42 %), le soutien social (42 %), l'inobservance de la médication (25 %) ainsi que le contrôle des impulsions (25 %).

Malgré que ces trois premiers items aient été peu utilisés, la pertinence de les évaluer a été démontrée dans notre recension de la littérature. Par conséquent, nous nous posons les questions suivantes : est-ce trop difficile de les évaluer lors de moment de crise et est-ce un manque de temps d'analyse lors d'une intervention de crise? Nous nous questionnons dû au fait que le service de l'Urgence Psychosociale-Justice intervient dans la gestion du risque en moment de crise. Nous supposons donc que le manque de temps à évaluer tous les items explique que ces items soient peu utilisés.

Il est aussi possible que, dans l'échantillon des situations évaluées, ces items n'étaient pas présents lors de l'intervention de crise.

L'absence des items s'expliquerait aussi par la petite taille de l'échantillon (seulement douze grilles complétées).

De plus, nous nous questionnons aussi au sujet de la définition de ces items. Est-ce que les définitions de ces items sont trop restrictives par rapport au type d'intervention faite à l'UPS-J ? Ce qui expliquerait leur taux de présence peu élevé.

Les récents travaux de Mc Niel et de ses collègues (2003) indiquent que les facteurs de risques cliniques sont prometteurs pour les évaluations du risque de violence et ce surtout en intervention de crise. Il faut tenter de comprendre la raison que certains facteurs ont été soulevés alors que d'autre pas. La désorganisation psychotique fait partie des facteurs de risque de type clinique

identifié par Mc Niel (2003). La pertinence de cet item dans la G.E.R.A.C. n'est pas questionnée. Par contre il faut voir si les demandes qui sont adressées à l'UPS-J ne concernent pas plutôt les individus ayant des troubles de la personnalité antisociale. Selon la littérature, le trouble de la personnalité antisociale est associé à une augmentation significative du risque de violence et les passages à l'acte sont fréquents (Hodgins, Tiihonen et Ross, 2005). Par rapport à cette hypothèse, il faudrait se demander si le trouble de la personnalité antisociale peut être évalué lors d'une intervention de crise.

En ce qui concerne le taux élevé de non-utilisation des items «soutien social» et «l'inobservance de la médication», il se pourrait que ces items soient difficiles à observer dans une évaluation en immédiat. L'intervenant en situation de crise n'a pas toujours accès à l'information concernant le client et de son environnement, donc il se base seulement sur les dires de l'individu, qui peut omettre des informations soit en refusant de répondre ou en les niant.

Finalement, au sujet de l'item «contrôle des impulsions», nous remarquons que son taux de non observation de 25 % a une signification moins grande comparativement à son taux d'utilisation (75 %) Cela nous permet de croire que les participants sont appelés à évaluer le client lorsqu'il est en perte de contrôle de ses impulsions ou en état de désinhibition. De plus, l'augmentation du risque de comportement violent peut être liée à la psychopathologie (Gravier et Lustenberger, 2005).

Pour la réponse « ne sait pas », qui indique que les intervenants ne peuvent pas observer l'item en question lors de leur évaluation, les trois items les plus fréquents sont l'utilisation de substances (67 %), l'observance aux médicaments (50 %) et le soutien social (17 %).

Ces trois items ont comme caractéristique de ne pas être directement observables et d'être plutôt « rapportés » par les clients. Par exemple, il est difficile de juger la présence du soutien social en intervention de crise. Il en est de même pour l'utilisation de substances psychoactives si le client ne démontre pas de signes d'intoxication ou s'il nie avoir consommé. De même, les participants peuvent supposer un arrêt de la prise de médication de la part du client, dû à la désorganisation de son état mental, mais ils n'ont pas de preuve concrète lors de l'intervention. En ce qui concerne la pertinence de ces trois items, elle n'est pas mise doute, car l'association étroite entre

l'observation des mesures curatives, la décompensation de l'état mental et la réadmission à l'hôpital est amplement documentée dans la littérature scientifique (Elbogen & al., 2006).

Enfin, nous devons rappeler que le petit nombre de grilles complétées limite la validité externe des résultats. Par la faiblesse de la validité externe, il est difficile de généraliser les résultats de cet instrument sur le phénomène du risque d'agression physique en communauté. Le tableau trois présente le nombre total des items observés de la grille G.E.R.A.C. par client rencontré lors des évaluations.

3. *Le nombre total des items observés de la G.E.R.A.C. pour chaque client.*

<u>Le client</u>	<u>Le pourcentage d'observation du risque</u>	
	Présence d'un ou plusieurs items de la G.E.R.A.C. (max 8)	Absence un ou plusieurs items de la G.E.R.A.C. (max 8)
1	5	1
2	5	2
3	7	1
4	5	3
5	4	2
6	2	5
7	5	1
8	6	0
9	4	2
10	4	0
11	3	3
12	6	2

Les résultats nous démontrent que pour cinq clients, les intervenants ont retenu 4 items ou moins et pour les sept autres, ils en ont repéré cinq et plus. Nous pouvons aussi remarquer que 2 items sont absents.

Lorsque le participant cote plus de cinq items sur la G.E.R.A.C., le risque d'agression du client envers autrui est présent ce qui signifie que le participant doit orienter l'intervention en s'assurant de la sécurité de la société.

Dans le tableau quatre, nous analysons le nombre total des items observés de la grille P.I.C.C. pour chaque client.

4. *Le nombre total des items observés de la grille P.I.C.C. pour chaque client.*

Le client	<u>*Le pourcentage d'observation</u>	
	<u>Oui</u>	<u>Non</u>
	Présence d'un ou plusieurs items de la P.I.C.C. (max 4)	Absence d'un ou plusieurs items de la P.I.C.C. (max 4)
1	0	4
2	0	4
3	2	2
4	1	3
5	2	2
6	0	4
7	1	3
8	2	2
9	0	4
10	0	4
11	2	2
12	3	1

Le tableau quatre nous démontre que six clients, il y a un ou plusieurs d'items observés du P.I.C.C. L'absence de l'observation d'un ou plusieurs items est observée chez tous les participants. Nous pouvons constater que chez cinq clients, il y a l'absence complète d'item de la P.I.C.C. lors de leur rencontre.

Durant l'implantation, les participants n'ont pas observé les items dans la section mnémorique pour évaluer la menace de l'individu. Ils n'ont pas complété la grille. Or, celle-ci était censée évaluer la présence d'un risque imminent par rapport à la menace émise par l'individu (Bjorkly, 2000). Le fait qu'elle n'ait pas été complétée est donc surprenant.

Selon la littérature, le plan, l'immédiateté, la présence de cibles et la crédibilité sont bel et bien des items à considérer lors de l'évaluation de la menace. Brièvement, rappelons que la présence d'un plan indique les moyens à disposition du client afin de passer à l'acte (Borum & Reddy, 2001). L'immédiateté du comportement apporte des pistes d'intervention et de prévention de l'acte violent (Dvoskin & Heilbrun, 2001). La présence de cibles est un aspect important, considérant la probabilité que les individus agressent à nouveau la même personne ou des cibles similaires lors de récurrence (Voyer & al., 2009). Le terme «crédibilité» demande aux professionnels d'évaluer la « capacité » à passer à l'acte.

D'autre part, nous nous demandons donc si les participants ont eu la formation nécessaire afin d'obtenir ces informations. Nous aurions peut-être dû développer plus cette section en ajoutant des exemples de questions à poser lors de l'intervention. Aussi, il est possible que les participants aient eu un malaise à demander l'information ou peur de briser le lien thérapeutique lors de l'intervention. D'autre part, les quatre items sont basés sur l'information auto-rapportée du client. Il se pourrait donc que les participants n'aient pas eu accès à une information valide. Nous aurions dû ajouter une réponse « ne sait pas » afin de couvrir cette éventualité.

Finalement, soulignons de nouveau que nous avons qu'un petit échantillon et qu'il ne représente probablement pas l'ensemble des interventions des participants. En somme, pour le moment, nous ne pouvons pas déterminer si la non-utilisation de la formule P.I.C.C. est due à un problème de mesure ou de présence.

À la fin de l'implantation de la grille, nous avons demandé aux participants de remplir un questionnaire demandant de coter une dernière fois sur une échelle likert en cinq points tous les items de la G.E.R.A.C. en fonction de trois questions : est-ce que l'item est clairement défini? Est-ce pertinent pour prédire le risque? Est-ce accessible lors de l'intervention? Tous les participants ont répondu être totalement en accord au niveau de la clarté des définitions des items, de la pertinence et de l'accessibilité.

Nous avons posé quelques questions supplémentaires aux participants: a) est-ce que vous trouvez la grille en général fiable? b) Est-ce que vous trouvez la grille utile? c) Est-ce que vous êtes satisfait de la grille? d) pensez-vous l'utiliser après votre participation? e) pensez-vous transmettre vos acquis à ceux qui n'ont pas participé? De manière générale, les participants ont répondu oui à toutes ces questions, sauf les deux dernières. Les participants ne croyaient pas utiliser la grille après le projet pilote, car leur employeur ne l'a pas reconnu et validé. Cela nous indique qu'il y a possiblement une présence de résistance de type organisationnelle. Une résistance de type organisationnelle signifie que les participants observent les discours de changement venant de l'organisation. Ils sont donc influencés par la position de l'organisation. Dans notre cas, les superviseurs n'ont pas été impliqués dans l'implantation de la grille. Afin de contrer cette résistance et d'améliorer le taux de participation, nous allons demander aux superviseurs de s'impliquer plus activement s'il y a une autre implantation de la grille.

Si nous récapitulons les résultats du projet, nous devons souligner qu'en premier lieu, les résultats démontrent que notre échantillon de participants volontaires ne représentait pas tous les intervenants du service de l'Urgence Psychosociale-Justice. En effet, il y a eu seulement 8 participants et 12 questionnaires complétés. Le petit nombre de questionnaires retournés soulève la question plus générale à savoir de quelle façon les cliniciens perçoivent l'ajoute d'une nouvelle grille dans leur pratique. Est-ce que les participants croient que la grille est nécessaire pour évaluer le risque d'agression physique? Ou nécessaire au bon fonctionnement du service? Ces questionnements devraient être examinés en profondeur lors d'une prochaine implantation.

En deuxième lieu, nous pouvons remarquer que les participants ayant plus d'expérience dans le service ont moins participé comparativement aux autres, ce qui questionne leur perception de la pertinence de la grille au sein du service. Nous avons eu de la difficulté à communiquer avec tous les participants étant donné que les quarts de travail ne se chevauchaient pas, ce qui pourrait expliquer le taux de participation plus élevé chez ceux travaillant de soir. Les participants qui ont étudié dans la discipline travail social et criminologie ont complété la majorité des questionnaires. Nous nous demandons si la discipline influence la participation d'un projet pilote. Nous pouvons aussi observer une différence entre la fréquence avec laquelle l'item a été coté lors de l'évaluation et l'importance de cet item selon les recherches scientifiques. Concernant cette différence, nous faisons l'hypothèse que l'échantillon de questionnaires complétés est trop petit pour être représentatif de tous les types de situations rencontrées dans le service de l'Urgence Psychosociale-Justice.

En troisième lieu, mentionnons qu'il y a eu des difficultés dans la mise en œuvre de la G.E.R.A.C. En nous basant sur les six principes de Macfarlane et Butteril (1999) pour mener vers un changement organisationnel, nous remarquons que deux des six aspects n'ont pas été abordés. Le premier critère non satisfait concerne l'implication visible des cadres supérieurs. Tout au long du processus de transition, les supérieurs ont peu participé à l'implantation. Le deuxième critère non rempli est l'attribution de ressources désignées pour appuyer et coordonner toutes les activités telles qu'une surveillance soutenue ou une formation supplémentaire.

Nous sommes conscients qu'il n'y pas de formule préétablie afin de réussir l'intégration d'une nouvelle grille dans les pratiques cliniques des professionnels. Une initiative de changement

réussie prend du temps, mais il faut considérer l'importance d'une mise en œuvre plus structurée lors du prochain projet afin que la grille G.E.R.A.C s'intègre dans la pratique.

Conclusion

La compréhension des liens entre la maladie mentale et la violence demeure importante et actuelle pour les professionnels travaillant dans le domaine de la psychiatrie-justice. Lorsqu'ils effectuent des évaluations de la santé mentale des personnes contrevenantes, ils doivent considérer la gestion du risque de violence. Cette gestion de risque doit se baser sur des critères s'appuyant sur des résultats de recherche plutôt que sur des opinions personnelles, et ce afin d'obtenir une évaluation plus exacte et une meilleure cohésion des résultats dans les équipes travaillant dans le domaine de la psychiatrie légale. Ce stage vise donc l'approfondissement des enjeux relatifs à l'évaluation du risque d'agression physique présenté par des personnes souffrant de troubles mentaux et évoluant dans la communauté. Plus précisément, l'objectif est de créer une grille d'évaluation du risque d'agression physique, en se basant sur l'outil START, pour le service l'Urgence Psychosociale-Justice. Ce service a été sélectionné par le fait que les intervenants utilisent des grilles, mais non spécifiques à l'agression physique lors de leur estimation de la dangerosité que l'individu représente envers lui-même ou les autres et ce, en situation de crise.

Pour atteindre cet objectif, les facteurs de risque ainsi que l'outil START ont été étudiés afin de pouvoir construire une Grille d'Évaluation du Risque d'Aggression en Communauté (G.E.R.A.C.) lors de moment de crise. Quatre catégories de facteurs de risque ont été abordées : les facteurs de risque de type individuels, les facteurs de type historiques, les facteurs de risques de type cliniques (sous-divisés en trois parties : les troubles mentaux, les troubles de personnalité et les troubles organiques) et les facteurs de risque de type contextuels. Pour réaliser cette grille, la connaissance et l'utilisation de l'outil START à l'unité Perry 2A de l'Institut Douglas à Montréal a été nécessaire. Brièvement, le START vise à offrir des directives structurées pour évaluer sept types de risques; la violence envers autrui, le suicide, l'autodestruction, l'abus de substances, la négligence de soi, la victimisation et le congé non autorisé. Les cliniciens sont appelés à évaluer ces risques au cours d'une période donnée. Cet outil exige aussi une démarche particulière afin d'évaluer les facteurs protecteurs de l'individu, d'où la présence de deux échelles dans cet outil (Borum, Bartel & Forth, 2003). À noter que lors de l'apprentissage de l'outil START, nous nous sommes concentrés particulièrement sur le risque de violence physique. Ensuite, la deuxième

partie du stage s'est déroulée à l'Urgence psychosociale-justice de Montréal afin d'adapter et implanter la grille construite G.E.R.A.C..

Dans le cadre du stage, des questionnaires ont été complétés par les participants du service l'Urgence psychosociale justice : huit facteurs de risques sont ressortis comme pertinents à l'évaluation du risque d'agression physique dans un contexte d'intervention de crise: la désorganisation psychotique, l'état émotionnel, le contrôle des impulsions, l'inobservance à la médication, la consommation de substances psychoactives, la conduite, l'exposition aux facteurs déstabilisants et le soutien social. La mise en place de cette grille a démontré une différence entre la littérature et la pratique, où certains facteurs ont été plus utilisés lors de l'évaluation. Les facteurs de risque tels les conduites, les facteurs déstabilisants et l'état émotif ont été le plus utilisés et observés selon les résultats. Toutefois, selon la littérature, il n'y aurait pas de hiérarchie d'importance lors de l'évaluation.

Pour expliquer les résultats, quelques difficultés dans la mise en œuvre de la G.E.R.A.C. ont été soulevées, en nous basant sur les six principes de Macfarlane et Butteril (1999). Par exemple, nous pouvons remarquer que l'implication visible des cadres supérieurs était absente lors de l'implantation de la grille. Il y a eu un manque de coordination dans quelques les activités telles une surveillance soutenue ou une formation supplémentaire pour les participants. Afin de contrer ses difficultés, nous devrions considérer les aspects nommés précédemment.

À partir des questionnaires et de l'analyse de la littérature, une formule mnémorique a été aussi construite pour évaluer la menace, le P.I.C.C. Elle signifie: plan, immédiat, ciblé et crédible. Lors de l'analyse des résultats, le taux de non-observations des items a été plus élevé. Des questionnements sur la mise en forme de la grille P.I.C.C. ont été soulevés, dans la mesure où une section « ne sait pas » aurait dû être ajoutée afin de pouvoir distinguer si les participants ne pouvaient pas observer l'item dû à son absence ou à la non accessibilité de l'item.

En terminant, les fondements des évaluations du risque reposent sur la clarté des facteurs de risques dont se préoccupe l'évaluateur. L'évaluation d'un risque est une tâche difficile sans la présence de définitions claires et d'une distinction entre les facteurs de risque. D'où l'idée de créer une grille d'évaluation du risque d'agression. L'importance de la clarté des définitions nous amène à nous interroger sur quelques items dans G.E.R.A.C., en nous basant sur les résultats qui démontrent qu'ils ont été peu observés. Ainsi, il faudra pour une éventuelle implantation, clarifier quelques facteurs de risque afin de voir s'ils sont pertinents ou accessibles pour l'évaluation, telles la désorganisation psychotique, le soutien social, l'inobservance de la médication ainsi que le contrôle des impulsions. Plusieurs études, mentionnées dans la recension, démontrent l'importance de déterminer les facteurs de risques comme des termes spécifiques, mais nous devrions réfléchir à des termes plus larges. Par exemple pour le «soutien social», nous pourrions l'élargir en un contexte plus sociétal comme celui de l'itinérance et voir l'importance de le considérer ou pas comme un risque.

G.E.R.A.C aborde seulement les facteurs de risque de violence alors que le START ajoute les facteurs de protections. Il convient de réfléchir à l'impact de l'isolement des facteurs de risque prédictifs de violence et ceux de protection. Selon Borum et al. (2003), l'échelle des facteurs protecteurs permet aux évaluateurs de prendre en considération ce qui peut être intégré dans une planification d'intervention pour faciliter les efforts de réduction du risque. À l'avenir, nous devrions donc porter une attention aux facteurs de protection contre l'expression de violence dans la communauté.

Gravier et Lustenberger (2005) spécifient que l'évaluation des comportements violents fait appel à des questionnements de nature totalement différente en fonction du contexte où elle est sollicitée, à savoir : a) en urgence, b) en situation de suivi à court, moyen ou long terme, c) en contexte de psychiatrie légale. Nous avons fait qu'un survol de ces différences malgré son importance. Nous devrions donc approfondir nos connaissances au sujet du contexte de crise, afin de savoir si la «forme» de la G.E.R.A.C. est adéquate pour les besoins du service d'urgence.

Les difficultés lors de la mise en œuvre et de la participation peu élevée de certaines disciplines nous amène à penser à l'éventualité d'impliquer un processus de consultation et de participation des collègues œuvrant dans diverses disciplines lorsque nous peaufinerons la G.E.R.A.C..

De plus, nous croyons que malgré les résultats du projet, la grille a aidé à amener les participants à partager le même point de vue quant à l'évaluation du risque d'agression physique et à l'orientation de l'intervention. Ceci est en partie dû au fait que le groupe de participants pouvaient ensemble avoir le même vocabulaire professionnel quant aux facteurs de risque d'agression. Présentement, nous pouvons remarquer que dans les dossiers du service de l'Urgence psychosociale-justice, les facteurs de la grille sont nommés afin de justifier la dangerosité présente lors de l'intervention. Selon nous, ce nouveau vocabulaire permet de clarifier pour les collègues, non présents lors de l'intervention, l'orientation finale. Nous pouvons aussi nommer qu'au cœur de l'évaluation du risque, il y a aussi la communication homogène du risque. Ainsi l'utilité de la grille aide dans ce partage, ce qui apporte une façon de réduire le degré de probables conséquences indésirables. Nous croyons que les acquis de la grille au sein de l'UPS-J ont diminué l'écart entre les résultats des évaluations du risque d'agression physique. Nous allons poursuivre sur cette voie en nommant les facteurs de la grille G.E.R.A.C. lors de notre évaluation au sein de l'UPS-J malgré la fin du projet. Nous continuons à croire qu'il est important d'avoir des outils d'évaluation qui cible le comportement agressif et d'un degré suffisamment grave pour justifier de limiter les droits d'un individu comme le stipule l'application de la loi p.38.001.

Bibliographie

Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P.O., Clinton, A.M., & McAuslan, P. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: What do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violence Behavior, 9* (3), 271-303.

Abedi, J. (2006). Language Issues in Item Development, dans, Downing, S.M. & Haladyna, T.M. (Eds.), *Handbook of Test Development*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Alain, M. (1996). *Prendre en main le changement – Stratégies personnelles et organisationnelles*. Montréal : Éditions Nouvelles.

Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The broset violence checklist, sensitivity, specificity and interrater reliability. *Journal of interpersonal violence, 15*(12), 1284-1296.

American psychiatric association (2000). *Diagnostic and manual of mental disorder-DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American psychiatric association. (2001). *Assessing the risk for violence*. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

American psychiatric association (2003). *Practice guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Angermeyer, M.C. (2000) Schizophrenia and violence, *Acta Psychiatry Scand.*, 102 (407), 63–67.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur violence risk assessment study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 566–572.

Arsenault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, P. J., & Silva, P. A. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. *Archives of General Psychiatry, 57*, 979–986.

Azocar, F., Cuffel, B., Golman, W., & McCarter, L. (2003). The impact of evidence-based guideline dissemination for assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *Journal of behavioral health services & research, 30* (1), 109-118.

Bareil, C. (2004) *Gérer le volet humain du changement*, Montréal: Éditions Transcontinental, 213.

Bartels, J., Drake, R., & Wallach, M. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia bulletin, 17*, 163-171.

Beck, J. C. (2004). Delusions, substance abuse, and serious violence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 32*, 169–174.

Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life, *International Journal of Social Psychiatry*, 47, (3), 67–77.

Bénézech, M. (2001). *Introduction à l'étude de la dangerosité*, Communication personnelle. Paper presented at the Dangerosités.

Bennett M.E., Barnett, B. (2003). Adult psychopathology and diagnosis: Dual-diagnosis. In M. Hersen & SM Turner (Eds), *Adult psychopathology and diagnosis*, fourth edition. NY: Kluwer/Plenum.

Bourgeois M, Bénézech M. (2001). Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol*, 159 : 475-86.

Bjokly, S. (a) (2002). Inter-rater reliability of the report form for aggressive episodes. *Journal of Family Violence*, 15(3), 269-279.

Bjokly, S. (b) (2002). Psychotic symptoms and violence toward others—a literature review of some preliminary finds Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 605–615.

Blumenthal, S.J., & Lavender, T. (2000). *Violence and mental disorder: a critical aid to the assessment and management of risk*. London: Jessica Kingsley.

Brassard, A. (1996) «Une autre façon de regarder le phénomène de la résistance au changement dans les organisations » dans Tome 1: *Changement organisationnels, collection Gestion des paradoxes dans les organisations (3-15)*, Canada: Presses InterUniversitaires et Maroc: Éditions 2 Continents et Suisse : Lena.

Brassard, A. & Brunet, J.P.(1994). La promotion d'un changement comme pratique du discours et le phénomène des résistances. Dans : J. Moisset et J.P. Brunet (Eds), *Culture organisationnelle, changement et gestion de l'éducation*, (31-56).Les cahiers du LABRAPS (15), Sainte-Foy, Québec : Université Laval.

Boles, S.M., & Miotto, K. (2003). Substance and violence: A review of the literature. *Aggression and violence behavior*, 8(2), 155-174.

Borum, R., Bartel, P., & Forth, A.E. (2003). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*, Version 1.1. Tampa:University of South Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

Borum, R., & Reddy, M. (2001). Assessing violence risk in Trasoff situations: a fact-based model of inquiry. *Behavioral sciences & the law*, 19(3), 375-385.

Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C. & Seedat, S. (2008) Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth, *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 195–201.

Buckley, P.F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 5-9.

Buffard, S., Elchardus, J., Gillet, M., & Quenard, M. (1982). Il est dangereux de se pencher. In M. e. Hygiène (Ed.), *Dangerosité et justice penale. Ambiguité d'une pratique* (pp. 177-188). Genève.

Burgelin, J. (2004). *Santé, justice et dangerosités : pour une meilleure prévention*. Ministère de la Justice et de la Santé.

Carnalli, C. (2007). *Managing Change in Organizations*, 5e éd., Prentice Hall.

Casillas, A., & Clark, L. A. (2002). Dependency, impulsivity, and self-harm: Traits hypothesized to underline the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of personality disorders*, 16(5), 424-436.

Coch, L., & FRENCH, J. R. P. (1947) Overcoming Resistance to Change, *Human Relations*, 1, 512-532.

Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 173.

Colin, M. (1963). *Définition de l'état dangereux Études de criminologie clinique*. (pp. 15-59). Paris.

Combalbert, N., Favard, A. M., & Bouchard, M. A. (2001). Trouble mental et criminalité: revue critique des recherches épidémiologiques. *Annales Médico psychologiques*, 159, 487-495.

Côté, G. (2001). Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents: mise en perspective critique. *Criminologie*, 34(1), 31-45.

Corrigan, P. W., & Watson, A. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136, 153-162.

Dean, K., Waslh, E., Moran, P., Tyrer, P., Creed, F. & Byford. (2006), Violence in women with psychosis in the community: prospective study, *Br J Psychiatry*, 188, 264-270.

Dolan, S.L., Lamoureux, G. & Gosselin, E. (1996). *Psychologie du travail et des organisations*, Montréal, Gaëtan Morin, p.500.

Dolan, R.J. (2002). Emotion, cognition and behaviour. *Sciences*, 298(5596), 1191-1194.

Douglas, K.S., Ogloff, J.R., Hart, S.D. (2003), Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv*, 54, 1372-1379.

Douglas, K.S., Webster, C., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R. (2001). *Violence risk management companion guide*. Vancouver: Simon Fraser University.

Douglas, K.S., (2007). *Perry 2A : réduire les pratiques d'isolement, encourager l'autonomie*, 2009-11-25, from www.douglasrecherche.qc.ca

Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. *Criminal Justice and Behavior* 29(5), 617-658.

Douglas, K.S., & Ogloff, J.R.(2003). Evaluation of model violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric services*, 54 (10), 1372-1379.

Downing, S.M. (2006). Twelve Steps for Effective Test Development, *dans*, Downing, S.M. & Haladyna, T.M. (Eds.). *Handbook of Test Development*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Dvoskin, J.A., & Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making: toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of psychiatry & the law*, 29 (1), 6-10.

Elbogen, E. B. (2002). The process of violence risk assessment: a review of description research. *Aggression and violence behavior*, 7, 591-604.

Elbogen, E.B., & Johnson, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Surveys on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 66,152-161.

Elbogen, E.B., Van Dorn, R.A., Swanson, J.W., Swartz, M.S., Monahanm, J. (2006). Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 189, 354-60.

Estroff, S.E. & Zimmer, C. (1994). Social networks, social support, and violence among persons with severe, persistent mental illness. In: J. Monahan and H.J. Steadman, Editors, *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*, (pp. 259–295) University of Chicago Press, Chicago.

Francesco, A.M. & Gold, B.A. (1998). *International Organizational Behavior: Text, Readings, Cases, and Skills*, Prentice-Hall.

Fulwiler, C., Grossman, H., Frobos, C., & Ruthazer, R. (1997). Early-onset substance abuse and community violence by outpatients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 1181–1185.

Goldsmith, S. J., Fyer, M. R., & Frances, A. J. (1990). Personality and suicide. In S. J. B. D. J. Kupfer (Ed.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 155-176). Washington, American Psychiatric Association.

Goodman, L.A., Salyers, M.P., Mueser, K.T., Rosenber, S.D., Swartz, M., & Essock, S.M., t al. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of traumatic stress*, 14(4), 615-632.

Grann, M. (2001). *Structured outcome assessment and community risk monitoring: Karolinska institute*, centre for violence prevention.

Grann, M., & All. (2005). Methodological development: structured outcome assessment and community risk monitoring. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 442-456.

Gravier, B., & Lustenberger, Y. (2005). L'évaluation du risque de comportements violents: le point sur la question. *Annales Médico psychologiques*, *163*, 668-680.

Grisso, T., Davis, J., Vesselinov, R., & Appelbaum, P. S. (2000). Violent thoughts and violent behavior following hospitalization for mental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 388-398.

Gray, N. S., Hill, C., Mcgliesh, A., Timmons, D., Macculloch, M. J., & Snowden, R. J. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 443-451.

Gray, N.S., Taylor, J., & Snowden, R.J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *Br J Psychiatry*, *192*, 384-387.

Haladyna, T.M. (2006). Roles and Importance of Validity Studies in Test Development, dans, Downing, S.M. & Haladyna, T.M. (Eds.). *Handbook of Test Development*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Hall, V. & al. (1984). Predicting dangerousness for the courts, *Am J Forensic Psychiatry* *5*(2), 77-96.

Harding, T. (1985). Le médecin face à la dangerosité. *Rev med suisse romande*, *105*, 23-31.

Hare, R.D. (2003). *Hare psychopathy checklist-revised*: 2nd.Ed. Toronto, ON: Multi-Health systems.

Hart, S. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal and criminological psychology*, *3*, 121-137.

Hart, S. (2001). Assessing and managing violence risk. In K.S. Douglas, C.D. Webster, S.D. Hart, D. Eaves & J.R.P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 : Violence risk management companion guide (pp.177)*. Burnaby, British Columbia : Mental Health, Law and policy institute, Simon Fraser University.

Hiday, V.A., Swanson, J.W., Swartz, M.S., Borum, R., & Wagner, H.R. (2001). Victimization : A link between mental illness and violence. *International Journal of Law and psychiatry*, *24* (6), 559-572.

Hiday, V.A., Swartz, M.S., Swanson, J.W, Borum, R., & Wayner, H.R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, *50*, 62-68.

Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research & Practice*, *32* (6), 626-635.

Hillbrand, M., Foster, H. G., & Hirt, M. (1988). Variables associated with violence in a forensic population. *Journal of Interpersonal Violence*, *3*, 371-380.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 476-483.

Hodgins, S. (2000). Violence among the mentally ill: effective treatments and management strategies. *Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic publishers, 90 (D)*.

Hodgins S., Tiihonen, J., & Ross, D. (2005). The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res, 78, 323-35*.

Hodgins, S., Tengstrom, A., Eriksson, A., Osterman, R., Kronstrand, R., Eaves, D., & al. (2007). A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders: Design, measures and the forensic sample. *Criminal justice and behaviour, 34 (2), 211-228*.

Hoptman, M.J., Volavka, J., Johnson, G., Weiss, E., Bilder, R.M., & Lim, K.O. (2002) Frontal white matter microstructure, aggression, and impulsivity in men with schizophrenia: a preliminary study. *Biol Psychiatry, 52, 9-14*.

Hyde, P.S., Falls, K., Morris, J.A., & Schoenwald, S.K. (2003). *Turning knowledge into practice : a manual for behavioural health administrators and practitioners about understanding implementing evidence-based practices*. Boston, MA : The American college of mental health administration.

Kjelsberg, E. (2004). Gender and disorder specific criminal career profiles in former adolescent psychiatric in-patients. *Journal of Youth and Adolescence, 33(3), 261-269*.

Laberge, D., Landreville, P., Morin, D., Robert, M., Soullière, N. (1995) *Maladie mentale et délinquance : deux figures de la déviance devant la justice pénale*. Montréal, Ottawa, Bruxelles : Presses de l'Université de Montréal et De Boeck.

Lawrence, P.R. (1969) How to deal with resistance to change, *Harvard Business Review, 47 (1), 4-12*.

Link, B., Andrews, H., & Cullen, F. (1992). The violent and illegal behavior of mental patients reconsidered. *American sociological review, 57(3), 275-292*.

Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness : labels, causes, dangerousness and social distance. *American journal of public Health, 89(9), 1328-1333*.

Link, B.G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls, IN J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments risk assessment (pp. 137-159)*. Chicago: University of Chicago press.

Link, B.G., Gould, B., & Ratanayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 48, 301-310*.

Litwack, T. R. (2001). Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and law, 7, 409-433*.

Lloyd, K. (2003). Win with respect and trust. *Executive Excellence, 20(1), 20*.

Loza, W. (2003). Predicting violent and non violent recidivism of incarcerated male offenders. *Aggression and Violent behavior, 8*, 175-803.

Lustenberg, Y. (2005) *L'évaluation de la dangerosité*.

Jacoby, J.E., & Kozié-Peak, B. (1997) The benefits of social support for mentally ill offenders: prison-to-community transitions, *Behavioral Sciences & The Law, 15*(4), 483–501

Joyal, C.C., Gendron, C., & Cote, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviors among long-term inmates with schizophrenia: 6-month report using the modified overt aggression scale. *Can J Psychiatry, 53*, 478-81.

Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tiihonen, J. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med, 34*, 433-442.

Kane, M. (2006). Content-Related Validity Evidence in Test Development, dans, Downing, S.M. & Haladyna, T.M. (Eds.). *Handbook of Test Development*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates

Macfarlane, D., & Butteril, D. (1999). Form principles to practice : the management of post-merger integration. *Hospital quarterly, 35-39*.

Martin, M. (2005). *Getting a START on risk assessing* Retrieved 2009-11-25, from caremh.ca.

Marzuk, P.M., (1996). Violence, crime, and mental illness, *Arch. Gen. Psychiatry, 53*, 481–486.

Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsch, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *Journal of the American Medical Association, 267*, 3179-3183.

Maurer, R. (1997) Transforming resistance, *HR Focus, 74*(10), 9-10.

Mcniel, D.E., Borum, R., Douglas, K.S., Hart S.D., Lyon, D., Sullivan, L.E., & al. (2002). Risk assessment. In J.R. Ogloff (Ed.), *Taking psychology and Law into the twenty-first century* (pp.147-170). New York, NY: Kluwer Academic.

Mcniel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services, 51*, 1288–1292.

Mcniel, D.E, Gregory, A., Lam J., Blinder, R., & Sullivan, G. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(5), 945-953.

Melton, G., Petrila, J., Poythress, N., & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluations for the court*. New York: Guilford.

Milaud, F. (1996). Troubles mentaux et violence. *Criminologie, 29*(1), 7-23.

Milaud, F., & Dubreucq, J. L. (2005). Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique, Introduction. *Annales Médico psychologiques*, 163, 846-851.

Modestin, J., Hug, G.A. & Ammann, R. (1997) Criminal behavior in males with affective disorders, *Journal of Affective Disorders*, 42 (1), 29–38.

Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., Fahy, T., (2003) Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK700 trial. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129–134

Morin, E. M. (1996) *Psychologies au travail*, Montréal, Gaëtan Morin, 535.

Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: an assessment of the clinical techniques*. Beverly Hills (CA): SAGE.

Monahan, J. (1997). Clinical and actuarial predications of violence. In D. Faigman & D. Kaye, M. Saks, & J. Sanders (Eds.), *Modern scientific evidence; the law and science of expert testimony*. St. Paul, MN: West Publishing Company.

Monahan, J., Steadman, H. J., Appelbaum P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Toronto: Oxford Press.

Monahan, J. Steadman, H., & Silver, E. (2001). *Rethinking Risk Assessment: the macarthur study of mental disorder and violence*.

Mulvey, E. P., Odgers, C., Skeem, J. L., Garden, W., Sschubert, C., & Lidz, C. W. (2006). Substance use and community violence: A test of the relation at the daily level. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 743–754.

Nestor, P. (2002). Personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*, 159(12), 1973-1978.

Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M. L. (2006). The short-term assessment of risk and treatability (START), A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13(3), 313-327.

Nicholls, T.L., Ogloff, J.R.O. & Douglas, K.S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL-SV, and VSC, *Behav. Sci. Law*, 22, 127–158.

Nolan, K., Volavka, J., Mohr, P. & Czobor, (1999). Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder, *Psychiatr. Serv*, 50, 787–792.

Norko, M. A., & Batanoski, M. V. (2005). The state of contemporary risk assessment research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 18–26.

Norko, M. A., & Batanoski, M. V. (2008), The Prediction of Violence; Detection of Dangerousness, *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 73–91.

Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In Monahan, J., Steadman, H. (Ed.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: The University of Chicago Press.

Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1239–1262.

Pfohl, S. J. (1978). *Predicting dangerousness: the social construction of psychiatric reality*. Massachusetts: D.C. Heath.

Plutchik, R. (1995). Outward and inward directed aggressiveness: The interaction between violence and suicidality. *Pharmacopsychiatry*, 28, 47-57.

Plutchik, R., & Van Praag, H.M (1994). Suicide risk: Amplifiers and attenuators. *Journal of offender rehabilitation*, 21 (3), 173-186.

Polvi, N. H. (1997). Assessing risk of suicide in correctional settings. In C. D. W. M. A. Jackson (Ed.), *Impulsivity: New directions in research and clinical practice (pp. 278-301)*. New York: Guildford press.

Poupart, J., Dozois, J., & Lalonde, M. (1982). L'expertise de la dangerosité. *Criminologie*, 15(2), 7-25.

Puccinelli, B. (1998). Overcoming resistance to change. *Inform*, 12 (8), 40-41.

Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C.C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses, *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 59–72.

Quanbeck, C.D., Mcdermott, B.E., Frye, M.A.(2005) Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* , 7, 478-84.

Quinsey, V., Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1998). *Violent offenders:apprasing and managing risk*. Washington,DC.

Rihmer, Z., Belso, N., & Kiss, K. (2002). Strategies for suicide prevention. *Current opinion in psychiatry*, 15 (1), 83-87.

Rondeau, A. (2002) « Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en oeuvre », dans R. Jacob, A. Rondeau et D. Luc, *Transformer l'organisation, collection Racines du savoir, Montréal, 91-112*.

Robbins, P. C., Monahan, J., & Silver, E. (2003). Mental disorder, violence and gender. *Law and Human Behavior*, 27(6), 561–571.

Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595–605.

Rosenthal, N.E. (2002). *The emotional revolution*. NewYork : Citadel press, Kensington publishing corp.

Senninger, J. (1990). Dangersité, étude historique. *Inf psychitr*, 66, 689-696.

Senon, J.L., & Manzanera, C. (2006) Réflexions sur le fondement du débat et des critiques actuelles sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol*, 164, 818-27.

Silver, E., (2000). Race neighborhood disadvantage and violence among persons with mental disorders : the importance of contextual measurement. *Law Hum Behav*, 24, 449-456.

Sirotych, F. (2008). Correlates of Crime and Violence among Persons with Mental Disorder: An Evidence- Based Review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 171-194.

Skeem, J., & Mulvey, E. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 358-374.

Skeem J. L., Schubert, C., Odgers, C., Mulvey, E. P., Gardner, W., & Lidz, C. W. (2006). Psychiatric symptoms and community violence among highrisk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 967-979.

Solomon, L., Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005) Family violence among adults with severe mental illness. A neglected area of research, *Trauma, Violence and Abuse*, 6 (1), 40-54.

Statistique Canada (2009). *Definition Retrieved* 2009-11-25, from www.statcan.gc.ca

Steadman, H.J, Monahan, J., & Appelbaum, P. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatr*, 176, 312-319.

Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J.M., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 393-401.

Stuart, H. (2003). Stigma and the daily news: Evaluation of a newspaper intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 651-656.

Stueve, A., & Link, B.G. (1997) Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68(4), 327-342.

Swanson, J.W., Holzer, C.E, Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 41, 761-770.

Swanson, J.W., Swartz, B., Estroff, S., Borum, R. Wagner, R. & Hiday, V. (1998). Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), S86-S94.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., & Hiday, V. (1999). Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behavior*, 23, 185-204.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R., Hiday, V., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2000). Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 324–331.

Swanson, J.W., Swartz, M.S., Essock, S.M., Osher, F.C., Wagner, H.R., Goodman, L.A. (2002). The social-environmental context of violent behaviour in person treated for severe mental illness. *AM J Public Health*, *92*, 1523-1531.

Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., & al. (2006). A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 490–499.

Swartz, M. S., Swanson, J.W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (a)(1998). Taking the wrong drugs: The role of substance abuse and medication noncompliance in violence among severely mentally ill individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 75–80.

Swartz M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., Borum, R., Wagner, H.R., & Burns, B.J.(b)(1998) Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*, *155*, 226-231.

Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwee, M., Daly, R. & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence: A special high security hospital study. *British journal of psychiatry*, *172*, 218-226.

Teasdale, B., Silver, E., & Monahan, J. (2006). Gender, threat/control-override delusions and violence. *Law and Human Behavior*, *30*, 649–658.

Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. & Ormel, J. (2002) Combined effect of mental disorder and low social support on care service for mental health problems in the Dutch general population, *Psychological Medicine*, *32*(2), 311–323.

Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, PUF, Paris.

Vas, A. (2005). Revisiter la résistance au changement aux différents niveaux hiérarchiques : une étude exploratoire, *Gestion 2000*, *22*(5), 131-154.

Volavka J., Citrome, L., & Huertas, D. (2006). Update on the biological treatment of aggression. *Actas Esp Psychiatry*, *34*, 123-135.

Voyer M., Senon, J.L., Paillard, C., & Jaafari, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *Information psychiatrique*. *85*, 745-52.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British journal of psychiatry*, *180* (6), 490-495.

Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., & Tattan, T. (2004). Predicting violence in schizophrenia: a prospective study. *Schizophr res*, *67*, 247-252.

Walsh, W.B. (1995). *Test and Assessment*. New York : Prentice-Hall.

Warren, J. I., Hurt, S., & Loper, A. B. (2002). Psychiatric symptoms, history of victimization, and violent behavior among incarcerated female felons: An American perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 129–149.

Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2003). Why do people self-harm? Psychology, *Health & Medicine*, 8(1), 71-79.

Watts, D., Leese, M., Thomas, S., Atakan, Z., & Wykes, T. (2003). The prediction of violence in acute psychiatric units. *International Journal of forensic mental health*, 2(2), 173-180.

Webster, C.D., Bloom, H., & Eisen, R. (2003). Toward the scientific and professional assessment of violence potential in the workplace. *Journal of threat assessment*, 2, 1-15.

Webster, C.D., Douglas, K., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20; assessing risk of violence*. Burnaby, BC: Mental Health Law and policy institute, Simon Fraser University.

Webster, C.D., & Hucker, S.J. (2003). *Release decision making : assessing violence risk in mental health, forensic and correctional settings*. Hamilton, Ontario : Forensic service of St-Joseph's Healthcare.

Webster, C.D., Muller-Isberner, R., & Fransson, G. (2003). Violence risk assessment : using structured clinical guides professionally. *International journal of forensic mental health*, 1, 43-51.

Annexe 1 : Le cahier du participant.

1. Préalable

En acquérant des connaissances venant du pavillon Perry 2 A à l'Hôpital Douglas, notamment sur le START Nous avons eu une réflexion sur l'estimation du risque d'agression envers autrui. Nous souhaitons réaliser un transfert de connaissance vers le niveau « terrain » qui est l'urgence psychosociale-justice afin de pallier le manque d'outil sur l'estimation du risque d'agression envers autrui dans le milieu. Tout en étant capable de mettre en pratique l'esprit de synthèse et d'établir les liens entre les données théoriques et cliniques que nous avons acquis lors de la première étape du stage. .

Objectif premier : Implanter, au service d'urgence psychosociale-justice, une grille l'évaluation du risque d'agression en communauté (G.E.R.A.C.).

Mandat : L'utilité de la grille. (Est-ce que cette grille est utile pour le service UPS-J?)

Objet : Implantation de la grille d'évaluation du risque d'agression envers autrui au service d'urgence UPS-J.,

2. Raison de la mise en place de cette implantation

L'absence d'un outil clair et précis sur l'estimation du risque d'agression physique envers autrui au sein du service UPS-J.

3. Questions de la recherche

La grille est-elle fiable et valide? La validité est évaluée par un questionnaire auprès des participants.

4. Nomenclature brève du stage

Lors de discussions avec mon superviseur de stage, nous avons décidé de séparer mon stage en deux parties.

La première partie est dont nous devons acquérir la maîtrise de l'instrument d'évaluation START. Précisément, lors de cette partie, j'ai participé aux réunions cliniques ainsi qu'aux évaluations qui ont fait appel à ma capacité de recueillir les données pertinentes. À noter que lors de l'acquisition de l'outil, j'étais constamment en interaction avec les membres de l'équipe et les

résidents afin de perfectionner ma maîtrise de l'instrument soit ma capacité d'autonomie au sens de l'initiative lors de l'évaluation. Ensuite, j'ai dû mettre en pratique l'instrument. Un des défis de cette évaluation est la compréhension des distinctions entre les forces et les risques, met l'accent sur les facteurs dynamiques de risque pour finalement le traiter comme une seule entité. Aussi, j'ai complété un résumé exhaustif du risque que présenterait le client; tels les signes indicatifs du risque et de l'évaluation du risque spécifique.

La deuxième partie est l'adaptation et l'implantation de la grille au service d'urgence nommé l'urgence psychosociale-justice. Nous allons devoir adapter le plan d'évaluation aux besoins du service sans toutefois perdre de vue l'instrument pour ensuite l'implanter au service en faisant appel à mon sens d'adaptation à la situation d'apprentissage comparativement le sens pratique d'une autre organisation.

Cette partie se fera en collaboration avec des professionnelles du service urgence psychosociale-justice qui utiliseront l'outil afin que nous puissions évaluer leur acceptation de la grille et leur perception sur son efficacité.

5. Portrait de la situation

Le mandat présent d'urgence psychosociale justice est l'évaluation du risque d'agression en moment de crise, il utilise l'application de la loi p.38.001 qui est une loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger (et non par la maladie mentale) pour elle-même ou pour autrui, et ce, dans l'immédiat. À cause de cette dangerosité, des intervenants peuvent soumettre un individu à une évaluation psychiatrique contre sa volonté. On applique cette loi seulement lorsque la situation dite exceptionnelle parce qu'elle nécessite d'agir immédiatement pour protéger la personne ou autrui (correspond à une situation d'urgence).

Litwack (2001) ajoute ceci qu'« une norme applicable ne serait pas définie comme tout type de violence susceptible de se manifester à n'importe quel moment dans l'avenir, mais plutôt une violence suffisamment grave se manifestant suffisamment tôt dans l'avenir qui, si elle avait été prévue, aurait justifié un internement continu » (p.411).

6. Définition à distinguer :

La dangerosité est avant tout, selon Steadman, Monahan et Appelbaum (2000) est un concept légal qui a évolué dans le temps, dans sa conception. Présentement, la définition de la dangerosité est un concept dichotomique composé en trois parties, soit les facteurs de risque, les dommages causés par l'intensité de l'acte violent et le niveau de risque en lien avec la probabilité du dommage.

L'acte dangereux, selon Senninger (1990), se définit comme la somme des caractéristiques concernant la gravité, la soudaineté, l'imprévisibilité, la menace pour l'entourage, l'éventualité d'une répétition de « patterns ».

La situation dangereuse, selon S. Buffard, Elchardus, Gillet et Quenard (1982) lorsqu'un individu ou un groupe d'individus se sentent menacés de façon réelle ou imaginaire par une agression interne ou externe contre l'intégrité de leur structure.

Le risque, Hart (2001) le définit comme l'éventualité d'un événement défavorable dont l'occurrence ne peut être prédite avec exactitude; il convient de se référer à la nature de cet événement, de la probabilité de l'acte, de sa fréquence et de sa durée. Il faut aussi considérer la gravité de ses conséquences et son imminence possible.

La violence, selon Webster, Douglas, Eaves et Hart (1997), est tout acte causant des blessures à une autre personne, ou toute menace ou tentative d'acte de même nature.

L'évaluation du risque se définit comme l'évaluation d'un individu en vue de caractériser le risque qu'il présente de commettre des actes de violence, dans un contexte donné (Lustenberger, 2005). Trois variables de principe ont été ressorties. Premièrement la gravité. Deuxièmement l'imminence. Finalement la probabilité.

Selon Gravier et Lustenberger (2005), il faut par contre spécifier que l'évaluation des comportements violents fait appel à des interrogations de nature totalement différente, en fonction du contexte où elle est sollicitée. Comme par exemple en urgence ou en situation de

suivi à court, moyen ou long terme; en contexte de psychiatrie légale; selon l'importance des enjeux qui sous-tendent la demande d'évaluation.

Ainsi, toutes ses possibilités nous démontrent l'importance de créer une grille adaptée au contexte, soit une grille spécifique pour le service UPS-J.

7. Le contexte du service UPS-J :

Les situations de crise qui impliquent la gestion de l'urgence où les intervenants de première ligne doivent donner une réponse rapide sur le besoin de l'individu, la dangerosité potentielle envers soi et envers autrui afin d'assurer la sécurité de l'individu lui-même et de la société. Ils doivent aussi traiter la gestion des soins du client, et ce, sous un éventail d'enjeux cliniques que soulève le risque de violence.

L'intervention de crise ont une clientèle particulière, un état mental perturbé dû à la maladie mentale, incluant les troubles de la personnalité, la toxicomanie ou en crise auxquels s'associent des comportements délictueux.

8. Rôle du participant

a) Vous allez devoir lors de vos interventions, où vous percevez un risque d'agression envers autrui, compléter la grille à la fin de l'intervention. Si vous êtes deux participants ensemble, il est important de les compléter séparément donc avoir deux copies de la grille concernant la même intervention. Ces données seront intéressantes lors de l'analyse. Ne pas oublier de déposer la grille dans mon clapier. Il y aura une enveloppe pour le projet. Il est important de tout compléter.

b) Lors des suivis, il est nécessaire que vous complétiez la grille de questions. Ce questionnaire est nécessaire pour l'évaluation de la validité. Ou s'il y a un oubli, le compléter lors de la gestion de dossier.

c) À la fin du projet soit le 21 décembre 2010, vous allez devoir remplir un questionnaire. L'utilité de ce questionnaire est d'obtenir vos impressions, vos perceptions vis-à-vis de la grille.

À noter, sur les grilles, il est nécessaire d'inscrire le numéro de dossier et la date afin que je puisse faire un suivi, compléter des grilles.

Je suis disponible en tout temps pour des questions ou des discussions.

Date :

Numéro de dossier :

Nom du Participant :

Évaluation de la menace

Évaluation de la menace		
Plan	Oui	Non
Immédiat	Oui	Non
Ciblée	Oui	Non
Crédible	Oui	Non

L'évaluation de la menace est lorsque les intervenants sont appelés à prendre une décision dans l'immédiat. D'où l'utilisation de la formule mnémotechnique dans ses cas. Ainsi, les intervenants vérifient si la menace de nuire est crédible et prévisible par exemple avec une arme ou un moyen de blesser autrui. De plus, voire si la menace est immédiate et ciblée envers une personne ou des groupes de personnes.

Définitions

Plan : Définis comme un caractère de ce qui est prévu; une arme, un endroit. On peut faire un lien avec le COQ utilisé lors des évaluations du risque suicidaire; où l'étape de la cristallisation des idées suicidaires où elle planifie sa mise en œuvre. Au sujet de l'évaluation du risque de violence, Monahan (1981) a recommandé d'évaluer les moyens à disposition du client pour commettre un geste violent.

Immédiat : est utilisé comme un synonyme de maintenant. Représenté (dans la loi de la dangerosité grave et immédiate) dans un délai de temps de 24-48 heures.

Ciblée : est utilisé comme un synonyme du mot spécifique. La définition est propre à un objet.

Dans le contexte : spécifique à quelqu'un ou à un groupe

Crédible : est utilisé comme un synonyme du mot plausible, crédible, possible, faisable. Définit comme ce qui ou doit être cru.

Date :

Numéro de dossier :

Nom du Participant :

Évaluation de la personne			
Items	Risques		
Désorganisation psychotique	0	1	NSP
État émotif	0	1	NSP
Contrôle des impulsions	0	1	NSP
Observance aux médicaments	0	1	NSP
Utilisation de substances	0	1	NSP
Conduite	0	1	NSP
Exposition à des facteurs déstabilisants	0	1	NSP
Soutien social	0	1	NSP

1. Désorganisation psychotique :

Cet item se rapporte aux symptômes et aux signes des troubles mentaux graves particulièrement, les perturbations de la pensée, les perturbations du discours, les troubles perceptifs et un état mental altérées au moment de l'intervention. Les types de perturbations sont en lien avec les principales approches diagnostiques telles que rapportées dans le DSM-IV. À noter qu'il faut considérer la présence et la sévérité de ces symptômes pour en conclure qu'il y a présence d'une désorganisation. ** Bien que des faits irréfutables viennent étayer la notion que le risque de violence est signification plus élevée chez les personnes atteintes de schizophrénie par rapport comparaison avec la population générale, nous devons garder en tête qu'elle représente 10% de la violence sociétale générale**

** Certaines études démontrent que la présence de certains types de délires sont fortement associée au risque de comportement violent; délire de type paranoïaque et de persécution. **

** Voir même qu'un sous-ensemble de symptômes où les personnes croient que d'autres individus cherchent à leur faire du tort ou encore qu'elles sont sous le contrôle de forces extérieures (le délire de persécution et perte de contrôle) représente un risque important de violence.

1 : Délires de type persécutaires, paranoïdes, délires où il y a une perte de contrôle, Hallucinations; voix mandatoires, compulsion, troubles de la pensée, jugement altéré, pensées bizarres, délire ou voix envahissant.

0 : Absence ou peu de symptômes psychotiques malgré, pensée claire, demeure concentrée, capable de pensées concrètes. Se sent en sécurité.

NSP : Absence de symptômes psychotiques. Pas accessible lors de l'intervention

2. État émotionnel

Les manifestations extérieures des émotions sont appelées l'affect. Ainsi qu'un état émotionnel persistant et soutenu rapporté par le client est nommé humeur. L'état émotionnel d'une personne l'influence sur la raison, sur ses « actions », la prise de décision, la mémoire. ** La colère est un état émotionnel et l'hostilité représente un risque de violence***

Les actes d'automutilation, de suicide et de violence ont des composantes émotionnelles similaires telles la colère, les crises personnelles, la peur et le désespoir.

1 : En colère, hostile, déprimé, humeur survoltée, labile, pessimiste, irritable, sentiment de nullité.

0 : Humeur normale, de bonne humeur, pleine d'espoir.

NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

3. Contrôle des impulsions

Le rôle varié de l'impulsivité, un trait relié à la désinhibition, à la nouveauté, à la recherche de sensation, l'instabilité interpersonnelle et à la mauvaise conduite. En fait, c'est la capacité d'autorégulation du client. C'est la tendance à agir avec moins de pensée préméditée que ne font la plupart des individus de compétences et d'intelligences égales. Il est affirmé que l'impulsivité joue un rôle significatif dans l'explication de la comorbidité entre les troubles de la personnalité et autre psychopathologie comme l'abus de substance et l'acte autodestructeur.

1 : Sur les nerfs, hors de contrôle, excité, prend des risques, impulsif, agit sous l'impulsion du moment, ne prévoit pas les conséquences, faible tolérance aux frustrations.

0 : Retenu, calme, réservé, décidé, maître de lui, réfléchit avant d'agir, pense aux conséquences, tolère la frustration.

NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

4. Observance de la médication

Bien que le risque de violence envers soi et les autres que posent les personnes ayant des troubles mentaux puisse être atténué au moyen de protocoles appropriés d'évaluation du risque, la fidélité à l'intervention thérapeutique demeure une composante essentielle d'une gestion efficace du risque. L'association étroite entre l'inobservation des mesures curatives, la décompensation de l'état mental et la réadmission à l'hôpital est amplement documentée dans la littérature scientifique. À noter que le trouble comorbide d'abus de substances présente des difficultés additionnelles et a un rapport significatif avec l'inobservation des mesures curatives, l'hostilité et la violence.

1 : Ne prends pas sa médication, ne suit pas le schéma posologique recommandé.

0 : Gestion de sa médication, s'efforce pour comprendre la fonction des médicaments.

NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

5. Utilisation de substances

Utilisation de substances : Des recherches ont soulevé qu'il y a une interaction potentielle entre l'abus de substances et la maladie mentale, devenant un taux prédicteur de la violence. L'utilisation de substance sert à réduire l'évaluation exacte des signaux sociaux tels que le danger ou la frustration, sert de rationalisation pour un comportement antisocial, réduit l'autosurveillance et l'attention aux conséquences à long terme. Il agit comme un désinhibiteur chimique des impulsions agressives, exagère les symptômes psychotiques ou l'agitation. Il augmente les conflits avec autrui peut même exposer les clients à des milieux et des pairs violents.

** L'Étude de Sawnsen (1994) a relevé que la violence était multipliée par 10 parmi les pharmacodépendants. **

**Un diagnostic cooccurrent d'abus de substances devient un prédicteur de la violence. **

**Il faut tenir compte du comportement présent et antérieur du client sous l'influence des drogues de choix. Comme la marijuana en doses modérées a été associée à une réduction du comportement violent et agressif. **

1 : Effets néfastes sur lui ou les autres sous l'emprise de substances, comportement antérieur du client sous l'influence des drogues, consomme des substances illicites, non-reconnaissance de la consommation comme une problématique, consommation hors contrôle, dépendant, intoxiqué.

0 : Boit avec modération, restreins sa consommation, demeure contrôlé, respecte la législation pertinente.

NSP : Ne consomme pas. Pas accessible lors de l'intervention

6. Conduite

Conduite : Renvoie au codage du comportement réel, observé et documenté. En lien avec l'appel reçu lors de la demande d'intervention. Le but d'estimer cet item est qu'elle nous donne la possibilité d'examiner la force de l'association entre le présent item et les autres (maladie mentale, désorganisation, intoxication, etc.). ** Un ensemble de comportements non en lien avec le trouble de santé mentale peut se révéler être le début d'une désorganisation ou d'un comportement violent.

1 : Se barricade, profère des menaces, allume des feux, détruit la propriété, agresse, vole, dérange, monte des coups contre les autres, se plaint constamment et sans justification, insulte, agace, conduite sexuelle inacceptable, intimide, tyrannise, fait des remarques racistes, sexistes, se blesse ou blesse autrui.

0 : Accepte la responsabilité de ses actes, respecte la propriété, insulte pas les autres, comportement adapté au contexte, ne compromet sa sécurité et celle des autres.

NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

7. Exposition à des facteurs déstabilisants

En lien avec le HCR-20 à l'échelle gestion du risque, le stress est l'exposition à des stressseurs graves reliés aux difficultés de la vie en générale que l'individu est mal préparé à affronter qui peut augmenter le risque de violence.

1: Perte d'un objet, d'un statut, d'une personne, l'abandon, nouvelles conditions de vie, nouvelles restrictions, rechutes, accident, perte d'emploi.

0: Pas d'éléments stressseurs dans son quotidien.

NSP : Pas accessible lors de l'intervention

8. Soutien social

Est le filet de sécurité pour l'individu. Le soutien social influe la santé physique et mentale. On l'évalue par le degré de soutien physique, émotionnel et matériel que la personne reçoit des autres. Ce soutien peut servir de tampon contre les changements de vie stressante et aider la personne à gérer et à réduire son stress.

1 : Soutien social absent ou refusé/ réseau social inadéquat/peu ou pas soutien des pairs. Le client jouit-il d'un soutien positif de la part de ses pairs.

0 : Soutien social de la famille, des amis, des professionnels et des autres réseaux sociaux convenables. Le client jouit-il d'un soutien positif de la part de ses parts?

NSP : Pas accessible lors de l'intervention.

Questionnaire auprès des participants et ce à fin.

1. Complètement en désaccord
2. Un peu en désaccord
3. Neutre
4. Un peu en accord
5. Beaucoup en accord

Items	Clairement défini	Pertinent pour prédire le risque	Est-ce accessible pour prédire le risque
Désorganisation psychotique			
État émotif			
Contrôle des impulsions			
Observance aux médicaments			
Utilisation de substances			
Conduite			
Exposition à des facteurs déstabilisants			

--	--	--	--

	Oui	Non	Explication
Est-ce que vous trouvez la grille en général fiable?			
Est-ce que vous trouvez la grille utile?			
Est-ce que vous êtes satisfaite de la grille?			
Pensez-vous l'utiliser après votre participation?			
Pensez-vous transmettre vos acquis à ceux qui n'ont pas participé?			

