

Article

« Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie »

Antoine Lutumba Ntetu, Jeanne-d'arc Fortin, Huguette Bergeron et Alain Gagnon
Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 2, 1999, p. 217-228.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/013020ar>

DOI: 10.7202/013020ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie

Antoine Lutumba Ntetu*

Jeanne-d'Arc Fortin**

Huguette Bergeron***

Alain Gagnon****

Cet article présente les résultats d'une étude effectuée au Pavillon Roland-Saucier, aile psychiatrique du Complexe hospitalier de la Sagamie. Le but poursuivi était d'explorer, par une approche phénoménologique, la problématique des agressions dont les intervenants étaient victimes de la part de bénéficiaires, et particulièrement l'impact de ces agressions sur leur vie professionnelle. Trente intervenants de différentes catégories professionnelles, sélectionnés par une procédure aléatoire stratifiée, ont accepté d'accorder des entrevues. L'analyse de ces entrevues a permis de dégager des éléments importants sur la base desquels diverses recommandations ont été formulées en vue d'améliorer la situation.

Les agressions dont les intervenants sont victimes de la part de bénéficiaires sont une forme de violence régulièrement dénoncée en psychiatrie. Le terme « agression » est bien sûr employé ici dans son sens le plus large, incluant les menaces et le passage à l'acte, c'est-à-dire tout geste posé sur autrui avec l'intention de lui nuire.

Peu importe le lieu de travail, nul intervenant n'est complètement à l'abri des agressions. La situation est d'autant plus préoccupante que les établissements montrent une certaine impuissance à y faire face, tant pour prévenir les incidents que pour gérer les répercussions néfastes qu'ils peuvent avoir sur la vie professionnelle des victimes et sur la

* Ph.D, professeur au département des Sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.

** M.Sc., professeure retraitée au département des Sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi.

*** B.Sc., coordonnatrice des soins infirmiers au Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie.

**** B.Sc., coordonnateur des soins infirmiers au Pavillon Roland-Saucier.

dynamique de l'équipe d'intervenants dans son ensemble. Ainsi, la crainte d'être victime d'une agression et d'en subir les conséquences devient-elle inhérente au vécu quotidien des intervenants (Whittington et Wykes, 1992).

Par contre, l'étiologie multifactorielle de ces agressions, leur caractère quelque peu imprévisible et le polymorphisme de leurs manifestations rendent aléatoire la possibilité de trouver des solutions qui soient à la fois efficaces et universelles (Hinse, 1991). Chaque établissement, eu égard à ses particularités, se voit donc contraint de trouver ses propres solutions. Ces considérations ont amené des responsables du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie à entreprendre, avec la collaboration de chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi, un projet de recherche pour trouver des voies et moyens en vue de mieux gérer l'impact de telles agressions. Cette démarche se justifiait d'autant plus que les moyens mis en place au Pavillon pour contrôler la situation, n'avaient donné que des résultats mitigés.

La mission confiée à l'équipe de recherche se résume en ces termes : 1) élucider la dimension psychologique des agressions perpétrées par les bénéficiaires contre les intervenants et 2) proposer des solutions qui puissent faire que les intervenants retrouvent la sérénité au travail et s'engagent avec plus d'assurance dans des relations de soins avec les bénéficiaires. Les questions furent formulées de la manière suivante : Comment le problème des agressions se manifeste-t-il, comment est-il vécu, et comment peut-il être géré de manière efficace ? Pour y répondre adéquatement, les chercheurs ont privilégié l'approche phénoménologique suivant une démarche inductive, c'est-à-dire sans hypothèse de départ.

Étiologie connue des agressions

Les agressions sont le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs (Davis, 1991). Beaudoin (1988) identifie un certain nombre de facteurs reliés aux bénéficiaires : il est question de leur maladie, de leurs peurs réelles ou imaginaires, de leur éducation, de leur perception des services et de l'environnement où ceux-ci sont fournis. Leclerc (1992) pointe l'anxiété intense comme une autre cause d'agressions. Boettcher (1983) relie le déclenchement des manifestations agressives à la frustration éprouvée par des bénéficiaires dans la satisfaction de certains de leurs besoins : territorialité, communication, estime de soi, sécurité, autonomie, identité et autres besoins de confort. Des facteurs d'ordre neurologique (lésions cérébrales) et biologique (carence en sérotonine) sont aussi mis en cause (Garza-Trevino, 1994).

Des intervenants, expliquent Roper et Anderson (1991), ont parfois, consciemment ou inconsciemment, des comportements et des propos pouvant être perçus par les bénéficiaires comme provocateurs. Le manque de cohésion et la présence de conflits interpersonnels au sein d'une équipe de travail sont aussi des facteurs qui génèrent de l'anxiété chez les bénéficiaires et les prédisposent à perpétrer des agressions (Aimé, 1989).

L'aménagement physique des lieux et l'organisation technico-administrative des services sont d'autres facteurs générateurs d'agressions. Ainsi, le manque d'espace privé pour les bénéficiaires, le bruit, le système des portes barrées dans les unités de soins, la rigidité de l'horaire des activités, le manque d'information aux bénéficiaires sur le fonctionnement de l'unité, le recours fréquent à du personnel à temps partiel et le transfert fréquent des bénéficiaires d'une unité à l'autre (Aimé, 1989; Asstsas, 1983; Boucher, 1984; Thomas et al., 1990) sont autant de facteurs qui contribuent à la genèse des agressions.

Profil type des agresseurs

Des auteurs ont tenté de dresser le portrait type du bénéficiaire susceptible de perpétrer des agressions. Ils le présentent comme une personne dont le passé révèle une histoire d'abandon, de rejet et de violence physique, une personne porteuse d'un diagnostic de schizophrénie, de psychose et, dans une moindre mesure, comme une personne présentant des troubles caractériels et affectifs majeurs et des symptômes de toxicomanie (Blomhoff et al., 1990; De Cooper et Mendonca, 1991; Leclerc et al., 1989).

D'un point de vue sociodémographique, l'âge et le sexe sont les deux caractéristiques les plus incriminées, bien qu'il n'y ait pas d'unanimité à ce sujet. Concernant l'âge du bénéficiaire agresseur, Aquilina (1991), De Cooper et Mendonca (1991) le présentent comme ayant moins de 40 ans, alors que Miller et al. (1993) ne retiennent pas l'âge comme un élément de prédiction. Relativement au sexe, les auteurs ne semblent pas non plus s'accorder, les uns soutiennent que l'agresseur est généralement un homme (Hinse, 1991; Beaudoin, 1988), les autres affirment que les femmes commettent plus d'agressions que les hommes (Leclerc et al., 1989), et d'autres encore ne retiennent pas le sexe parmi les facteurs de prédiction (Miller et al., 1993).

Récemment Beauford et al. (1997) ont établi la qualité de la relation thérapeutique initiale avec le bénéficiaire comme un puissant facteur de prédiction de la violence. Il y a surtout unanimité sur le fait que l'histoire d'un passé de violence est le meilleur prédicteur de

dangérosité, les récidivistes étant impliqués dans 53 % des agressions (Convit et al., 1990).

Profil des victimes

Aquilina (1991) identifie des caractéristiques communes aux victimes des agressions : ils sont généralement en début de carrière, donc moins expérimentés, et travaillent pour la plupart à l'unité d'urgence. Il conclut, à l'instar de plusieurs autres (Baxter et al., 1992; Carton et Larkin, 1991; Turns et Blumenreich, 1993), qu'à cause de son engagement plus important et plus direct dans les soins, le personnel infirmier est la catégorie d'intervenants la plus exposée aux agressions. Par contre, les résultats d'une étude réalisée par Lanza et al. (1991) n'appuient pas cette affirmation voulant que le personnel infirmier soit plus exposé que d'autres intervenants. Turns et Blumenreich (1993) abondent dans le même sens en affirmant que les résidents en psychiatrie, les psychiatres et les travailleurs sociaux ne sont pas non plus à l'abri des agressions et, qu'en général ni le sexe, ni l'âge, ni la race, ni même la durée de l'expérience en psychiatrie ne sont des facteurs discriminants.

Prévention des agressions

Dans l'esprit d'Aimé (1989), se doter d'un mécanisme de prévision des comportements agressifs nécessite l'acquisition de connaissances supplémentaires. Il préconise, à l'instar d'autres auteurs (Carton et Larkin, 1991; Carmel et al., 1991), l'implantation de programmes de formation visant la connaissance de soi, la connaissance de la maladie mentale, la connaissance de la dynamique des agressions, et l'acquisition des habiletés en communication et en relation d'aide. Selon Lewis (1993), dans la majorité des cas, les techniques verbales utilisées avec empathie et respect constituent le premier mode d'intervention permettant de désamorcer avec efficacité une tentative d'agression, bien que l'intervention physique puisse s'avérer indispensable dans bien d'autres cas. De façon générale, les succès dans la gestion des bénéficiaires potentiellement dangereux reposent principalement sur une équipe bien formée. Médecins, infirmières, agents de sécurité et personnel de soutien devraient être préparés à intervenir en situation de crise (Cahill et al., 1991).

Plusieurs programmes de formation, disponibles au Québec, visent à prévenir et à gérer les situations d'agression. Parmi les plus connus, on citera le programme IPPNA (Intervention psychologique et physique non abusive), offert au Pavillon Roland-Saucier. Le programme en-

seigne une série de principes et de techniques permettant de reconnaître et de désamorcer de manière non abusive des situations menaçant la sécurité des bénéficiaires et des intervenants. Il met l'accent à la fois sur les compétences techniques des personnes à former et sur leur souci de maintenir une relation constructive et positive avec les bénéficiaires. Le recours à la pharmacothérapie est aussi indiqué. Bien qu'il n'y ait pas de médicaments spécifiques pour le traitement de l'agressivité, les anti-psychotiques et les anxiolytiques sont efficaces pour éliminer ou réduire la violence dans ses manifestations aiguës et chroniques (Blumenreich, 1993). Un bon aménagement physique des lieux (choix des couleurs, disposition des espaces, etc.) est un autre facteur à considérer dans la prévention des agressions (Benson et Den, 1992).

Effets des agressions

Les agressions peuvent occasionner une insatisfaction au travail, un taux élevé d'absentéisme, des lésions physiques apparentes, une augmentation du taux de stress et des conséquences psychologiques souvent persistantes (Blair, 1991). Comme réactions émotionnelles de la victime, Colson et al. (1986) mentionnent le développement d'une perception négative du bénéficiaire agresseur. Roper et Anderson (1991) signalent le contre-transfert, attitude qui consiste à vouloir s'éloigner du bénéficiaire et à dénier son potentiel de dangerosité ou, à l'opposé, à exagérer le caractère agressif de son comportement et, par conséquent, à utiliser abusivement les moyens de contrôle externes. Lanza (1988) signale des difficultés de concentration, des réactions compulsives, des états de choc, des sentiments de peur, une incrédulité et la retenue dans le rapport des incidents.

Aspects méthodologiques

Le pavillon qui a servi de terrain à la recherche est une aile psychiatrique rattachée au Complexe hospitalier de la Sagamie, établissement universitaire à vocation de soins généraux. En plus d'assurer des services de diagnostic, de traitement et de postcure, le pavillon veille à la réadaptation et à la réinsertion sociale des bénéficiaires.

La population-cible était estimée à 322 intervenants. L'échantillon final regroupa 30 participants et se caractérisa par une grande hétérogénéité sociodémographique, les sujets retenus l'ayant été par une procédure aléatoire stratifiée sur la base des variables sexe, âge, quart de travail, ancienneté et catégorie professionnelle. L'échantillon final comportait 16 hommes (53 %) et 14 femmes (47 %), six personnes de moins de 35 ans (20 %), onze de 36 à 40 ans (37 %), sept de 41 à 45 ans

(23 %) et six de 46 ans et plus (20 %). On y retrouvait 14 personnes affectées au quart de travail de jour (47 %), neuf au quart du soir (30 %) et sept travaillant de nuit (23 %). Selon l'ancienneté dans le milieu étudié, on comptait cinq personnes de moins de 10 ans (17 %), cinq ayant totalisé entre 11 et 15 ans (17 %), 16 entre 16 et 20 ans (53 %) et 4 ayant cumulé plus de 20 ans (13 %). Les catégories professionnelles représentées étaient : les infirmières au nombre de 12 (40 %), les infirmières auxiliaires de 6 (20 %), les préposés aux bénéficiaires de 6 (20 %) et les autres catégories de 6 aussi (20 %).

L'enquête s'est déroulée sur une période de quatre mois, soit du début de mars à la fin de juin de 1994. Les participants ont été rencontrés à leur lieu de travail, aux heures de service, dans un local apprêté à cette fin. L'approche utilisée était essentiellement phénoménologique. La démarche partait du vécu et des perceptions des intervenants afin d'explorer le problème des agressions dans leur milieu. En procédant de cette manière afin de s'en tenir à la mission, les chercheurs étaient conscients d'une limite importante : ils ne prenaient en compte que le vécu et les perceptions d'une seule catégorie d'acteurs dans une situation où, en fait, opèrent deux principales catégories, soit les intervenants et les bénéficiaires. Les points de vue de ces derniers auraient certainement permis de scruter plus en profondeur la problématique étudiée.

Les données furent recueillies au moyen d'entrevues semi-dirigées d'une durée de 60 minutes chacune. Avec le consentement des participants, les entrevues furent enregistrées sur cassettes audio en prenant soin d'en assurer la confidentialité et l'anonymat. Le contenu fut analysé selon la séquence en six étapes proposée par Colaizzi (1978) : la première consista à auditionner les entrevues, à lire chaque description et à saisir l'impression qui s'en dégageait ; dans la deuxième étape, il fallut dégager les énoncés significatifs et les relier ensuite à l'objet de l'étude ; la troisième étape eut comme but d'analyser la signification des énoncés retenus et de tenter de les reformuler clairement ; la quatrième consista à regrouper les unités de signification en tendances générales ; la cinquième, à rassembler les résultats de l'analyse et à tenter une description exhaustive du problème à l'étude ; enfin la sixième et dernière étape fut consacrée à valider la description exhaustive ainsi obtenue auprès de quatre répondants, un par catégorie professionnelle, choisis de façon intentionnelle parmi les 30 intervenants de l'échantillon.

Présentation et discussion des résultats

L'étude a été l'occasion d'une expression des sentiments de peur au regard des agressions entretenus implicitement ou explicitement par

les membres de la communauté étudiée. Cette observation confirme les propos de Whittington et Wykes (1992) voulant que la crainte d'être victime d'une agression soit inhérente au vécu quotidien des intervenants du milieu psychiatrique.

Bien que tous aient paru imprégnés de cette culture de peur, il est ressorti clairement que les intervenants de soir et encore davantage ceux de nuit vivaient la situation de façon beaucoup plus intense. Ntetu et al. (1994) reconnaissent que le travail et son contexte sont différents selon la période de la journée considérée. Selon ces auteurs, les intervenants de jour vivent généralement une angoisse moindre du fait que c'est à plusieurs qu'ils partagent leurs préoccupations, alors que le soir et surtout la nuit le personnel est réduit, ce qui rend la situation encore plus stressante.

Les principaux facteurs prédictifs d'agression identifiés dans ce milieu ont été les suivants : 1) le manque d'informations appropriées sur les réalités de la pratique en milieu psychiatrique, 2) le manque de connaissances sur les pathologies psychiatriques, 3) l'inexpérience, 4) les dispositions personnelles des intervenants, 5) le nombre réduit d'intervenants de sexe masculin, 6) l'ambivalence entre les dispositions de la loi sur les ordonnances de garde et le libre consentement aux soins. Sauf le premier et le cinquième, ces facteurs reviennent régulièrement dans les écrits sur la violence en milieux psychiatriques (Aquilina, 1991; Black et al., 1994; Roper et Anderson, 1991).

Une fois l'agression consommée, diverses réactions sont enregistrées. La peur reste, cependant, la réaction émotionnelle la plus importante et la plus généralisée. Particularité de la présente étude, cette peur s'accompagne de sentiments d'impuissance, qu'on observe en particulier chez des intervenants masculins. Tout se passe comme si le milieu conditionne ces derniers au fait que la maîtrise des agressions, particulièrement physiques, est de leur ressort. Il y a même des raisons de croire que cette habileté soit un critère retenu implicitement ou explicitement par l'employeur lors de l'embauche.

Tous les intervenants interviewés avaient des attentes à l'égard de leur employeur à la suite d'une agression dont ils ont été ou auraient pu être victimes. Le niveau de ces attentes, très élevé en début de carrière, baisse progressivement avec l'ancienneté. Cette observation traduirait une insatisfaction, une réaction à une situation où des attentes sont demeurées vaines ou très longtemps insatisfaites.

De tous les moyens mis en place pour réduire le risque d'agression, seules la sonnette d'alarme et l'IPPNA semblent efficaces

aux yeux des intervenants. Toutefois, si les répondants s'accordent à reconnaître l'efficacité de la sonnette, les opinions sont partagées quant à l'IPPNA. De l'avis des intervenants interviewés, le contenu de ce programme, tel qu'il est enseigné au Pavillon Roland-Saucier, est essentiellement axé sur l'intervention physique. En termes de réinvestissement des acquis de formation, le programme répond davantage aux attentes des intervenants masculins, en particulier les préposés qui sont généralement appelés à intervenir physiquement. À l'inverse, l'analyse des réactions des infirmières indique chez elles une insatisfaction au regard de l'IPPNA. Faisant surtout des interventions psychologiques, elles trouvent que cet aspect n'y est pas bien approfondi. Kahn (1981) et Ntetu (1992), expliquant le dilemme des effets de la formation en milieux de travail, font observer que lorsque les employés formés n'ont pas l'occasion ou la possibilité d'utiliser leurs nouvelles aptitudes et habiletés, ils développent une attitude négative vis-à-vis de la formation, voire de leur organisation.

Conclusions et recommandations

Cette étude a apporté un éclairage nouveau sur la problématique des agressions dans le milieu étudié ; les résultats ont confirmé l'existence d'un malaise parmi les intervenants relativement au problème des agressions perpétrées par les bénéficiaires. Il en découlait que le manque d'information sur les réalités de la pratique ou de connaissances dans le domaine de la psychiatrie, tout comme le manque de support post-incident apporté aux victimes, étaient des facteurs qui contribuaient grandement à entretenir un climat de peur dans ce milieu. Les résultats ont également indiqué que l'IPPNA ne répondait pas entièrement aux besoins de formation des infirmières, et que dans l'établissement l'intervention physique était exclusivement vue comme un rôle d'intervenants masculins.

Pour mieux gérer l'impact des agressions et contrer ses effets indésirables, les recommandations suivantes ont été formulées :

- 1) Prévoir, dans des activités d'orientation destinées aux nouveaux employés, un programme visant à les informer des réalités de travail dans l'établissement afin de briser les préjugés relativement aux agressions;

- 2) Adapter l'IPPNA en enrichissant l'aspect psychologique de son contenu, tout en insistant sur le fait que tout employé, indépendamment de son sexe, devrait être préparé au désamorçage psychologique et physique d'une menace d'agression;

3) Offrir aux employés des occasions de partager leurs expériences, de manifester leurs émotions et leur esprit de tolérance en organisant des débats sur la question avec la participation de tous les employés ; de tels débats permettraient de dégager la chaleur humaine nécessaire au renforcement de l'esprit d'équipe;

4) Mettre en place une procédure de révision post-incident et créer un comité qui veillera à la systématisation de la procédure, au suivi et à l'application des recommandations;

5) Encourager la poursuite des recherches afin de scruter en profondeur la problématique des agressions dans cet établissement et d'avoir des données qui permettent de concevoir des plans d'intervention encore plus appropriés et efficaces.

RÉFÉRENCES

- AIMÉ, C., 1989, *Les agressions en milieu psychiatrique*, Laval, Association québécoise des infirmières et infirmiers en psychiatrie.
- AQUILINA, C., 1991, Violence by psychiatric in-patients, *Medicine, Science, and the Law*, 31, 4, 306-312.
- ASSTSAS, 1983, *Projet de prévention des agressions en milieu psychiatrique*, Montréal.
- BAXTER, E., HAFNER, R. J., HOLME, G., 1992, Assaults by patients: The experience and attitudes of psychiatric hospital nurses, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 4, 567-573.
- BEAUDOIN, M., 1988, *Urgence agressions*, Montréal, Asstsas.
- BEAUFORD, J. E., MCNIEL, D. E., BINDER, R. L., 1997, Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patient' risk of violence, *American Journal of Psychiatry*, 154, 9, 1272-1276.
- BENSON, S., DEN, A., 1992, Monitoring violence, *Nursing Times*, 88, 41, 46-48.
- BLACK, K. J., COMPTON, W. M., WETZEL, M., MINCHIN, S., FARBER, N. B., RASTOGI-CRUZ, D., 1994, Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 7, 706-710.
- BLAIR, D.T., 1991, Assaultive behavior: Does provocation begin in the front office ?, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29, 5, 21-26.
- BLOMHOFF, S., SEIM, S., FRIIS, S., 1990, Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved ? *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 7, 771-775.

- BLUMENREICH, P. E., 1993, Pharmacotherapy of violence, in Blumenreich, P. E., Lewis, S., eds., *Managing the Violent Patient: A Clinician's Guide*, New York, Brunner/Mazel, 1993, 53-77.
- BOETTCHE, E. G., 1983, Preventing violent behavior: an integrated theoretical model for nursing, *Perspectives in Psychiatric Care*, 21, 2, 54-58.
- BOUCHER, P., 1984, *Les agressions: attitudes préventives pour le personnel œuvrant en milieu psychiatrique*, Montréal, Asstas.
- CAHILL, C. D., STUART, G., LARAIA, M. T., ARANA, G. W., 1991, Inpatient management of violent behavior: Nursing prevention and intervention, *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 239-252.
- CARMEL, H., TANKE, E. D., YESAVAGE, J. A., 1991, Physician staffing and patient violence, *Bulletin of The American Academy of Psychiatry and the Law*, 19, 1, 49-51.
- CARTON, G., LARKIN, E., 1991, Reducing violence in a special hospital, *Nursing Standard*, 5, 17, January 16, 29-31.
- COLAIZZI, P., 1978, Psychological research as the phenomenologist views it, in Valle, R., King, M., eds., *Existential Phenomenological Alternative for Psychology*, New York, Oxford University Press, 48-71.
- COLSON, D. B., ALLEN, J. G., COYNE, L., DEERING, D., JEHL, N., KEARNS, W., SPOHN, H., 1986, Profiles of difficult psychiatric hospital patients, *Hospital and Community psychiatry*, 37, 7, 720-724.
- CONVIT, A., ISAY, D., OVIS, D., VOLAVKA, J., 1990, Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 41,10, 1112-1115.
- DAVIS, S., 1991, Violence by psychiatric inpatients: A review, *Hospital and Community Psychiatry*, 46, 2, 585-590.
- DE COOPER, A.J., MENDONCA, J. D., 1991, A prospective study of patient assaults on nurses in a provincial psychiatric hospital in Canada, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 2, 163-166.
- GARZA-TREVINO, E.S., 1994, Neurobiological factors in aggressive behavior, *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 7, 690-699.
- HINSE, M. C., 1991, L'agir violent et les intervenants à l'Hôtel-Dieu de St-Hyacinthe, *Objectif prévention*, 14, 4, 28-29.
- KAHN, R. L., 1981, *Work and Health*, New York, John Wiley and Sons.
- LANZA, M. L., KAYNE, H.L., MILNER, J., 1991, Nursing staff characteristics related to patient assault, *Issues in Mental Health Nursing*, 12, 253-265.

- LANZA, M. L., 1988, Factors relevant to patient assault, *Issues in Mental Health Nursing*, 9, 239-257.
- LECLERC, C., 1992, Gérer l'agressivité et les troubles mentaux, *Nursing Québec*, 12, 2, 22-28.
- LECLERC, C., BELLEY ET AL., 1989, *La gestion de l'agressivité chez la personne hospitalisée*, Saint-Jérôme, Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme.
- LEWIS, S., 1993, Verbal intervention, in Blumenreich, P.E., Lewis, S., eds, *Managing the Violent Patient: A Clinician's Guide*, New York, Brunner/Mazel, 41-51.
- MILLER, R. J., ZADOLINNYJ, K., HAFNER, R. J., 1993, Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations, *American Journal of Psychiatry*, 150, 9, 1368-1373.
- NTETU, A. L., OUELLET, J., TREMBLAY, M. J., 1994, Au secours des infirmières de nuit, *L'Infirmière canadienne*, 90, 8, 40-43.
- NTETU, A. L., 1992, *La satisfaction au travail des employés d'une grande entreprise québécoise*, Thèse de doctorat, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- ROPER, J. M., ANDERSON, N. L. R., 1991, The interactional dynamics of violence, Part I: An acute psychiatric ward, *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 4, 209-215.
- THOMAS, M. D., EKLAND, E. S., GRIFFIN, M., HAGEROTT, R. J., LEICHMAN, S. S., MURPHY, H., OSBORN, O. H., 1990, Intrahospital relocation of psychiatric patients and effects on aggression, *Archives of Psychiatric Nursing*, IV, 3, 154-160.
- TURNIS, D. M., BLUMENREICH, P. E., 1993, Epidemiology, in Blumenreich, P. E., Lewis, S., eds, *Managing the Violent Patient: A Clinician's Guide*, New York, Brunner/Mazel, 5-20.
- WHITTINGTON, R., WYKES, T., 1992, Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient, *Journal of Advanced Nursing*, 17, 480-486.

ABSTRACT

Assaults in psychiatric wards : Experience and perceptions of mental health workers at the Pavillon Roland-Saucier of the Complexe hospitalier de la Sagamie

This article presents results of a study conducted at the Pavillon Roland-Saucier, the psychiatric ward of the Complexe hospitalier de la

Sagamie. The objective was to explore with a phenomenological approach the issue of assaults by patients of mental health workers and in particular the impact of these assaults on their professional life. Thirty workers of various professional categories, selected by a stratified random procedure, have accepted to be interviewed. The analysis of these interviews has allowed to draw important elements on the basis which various recommendations have been suggested in order to improve the situation.

RESUMEN

Las agresiones en el medio psiquiátrico. Vivencia y percepción de los trabajadores del Pabellón Roland-Saucier del Complejo hospitalario de la Sagamie

Este artículo presenta los resultados de un estudio efectuado en el ala psiquiátrica del Pabellón Roland-Saucier del complejo hospitalario de la Sagamie. El objetivo era el de explorar por medio de un enfoque fenomenológico, el problema de las agresiones de las que los trabajadores eran víctimas de parte de los beneficiarios, y particularmente del impacto de esas agresiones en sus vidas profesionales. Treinta trabajadores de diferentes categorías profesionales, seleccionados por un procedimiento aleatorio estratificado, aceptaron acordar entrevistas. El análisis de estas entrevistas permitió despejar los elementos importantes y diversas recomendaciones fueron emitidas sobre esta base, con el fin de mejorar la situación.