

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ATTITUDES DES INTERVENANTS EN PSYCHIATRIE LÉGALE ENVERS LES
COMPORTEMENTS D'AUTOMUTILATION EXERCÉS PAR LEURS PATIENTES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
DAPHNÉ O'HARA

SEPTEMBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Julie Lefebvre, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
---	-------------------------

João Da Silva Guerreiro, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	codirecteur de recherche
--	--------------------------

Jury d'évaluation :

Julie Lefebvre, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directrice de recherche
---	-------------------------

Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
--	---------------------

Audrey-Anne Dumais Michaud, Ph. D. Université Laval	évaluatrice externe
--	---------------------

Ce document est rédigé sous la forme d'article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 360) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité de programmes de cycles supérieurs en psychologie. Les noms du directeur et du codirecteur de recherche pourraient donc apparaître comme co-auteurs de l'article soumis pour publication.

Sommaire

Le présent essai vise à mieux comprendre les attitudes des intervenants œuvrant en psychiatrie légale à l'égard des comportements d'automutilation de leur clientèle. Ces comportements, effectués par une proportion plus élevée de la clientèle féminine, posent des défis importants au sein de ces services. Bien que les intervenants jouent un rôle important dans la gestion de l'automutilation, peu d'études se sont intéressées à leurs attitudes envers ce comportement. Cet essai doctoral, présenté sous la forme d'un article scientifique, porte sur une étude réalisée auprès de 18 intervenants œuvrant à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel de Montréal auprès d'une clientèle féminine aux prises avec des comportements d'automutilation. Les participants ont répondu au questionnaire *Attitude Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire*, et 16 d'entre eux ont participé à une entrevue semi-structurée visant à approfondir leur vécu dans leur pratique professionnelle. Notre étude révèle que les intervenants de l'échantillon présentent, d'une part, des attitudes positives se manifestant par de l'empathie, de la sensibilité et des émotions positives et, d'autre part, des attitudes négatives se manifestant par des idées préconçues et des émotions négatives lors de leurs interventions. Des différences ont également été relevées dans leur perception de la gravité des gestes d'automutilation. De surcroît, le travail d'équipe, le niveau d'éducation et l'expérience professionnelle se sont avérés des éléments perçus comme facilitants par les intervenants lors d'interventions effectuées auprès de patientes ayant des comportements d'automutilation. À l'inverse, le manque de soutien à l'équipe et le manque de formation ont été identifiés par les intervenants rencontrés comme des obstacles significatifs à la

réussite de leurs interventions. Il ressort par ailleurs que les comportements d'automutilation ont un impact considérable, non seulement sur les intervenants, mais également sur l'ensemble de l'unité de soins, tel que la fragilisation de l'état mental des autres patientes de la cohorte. Certains incidents d'automutilation ont donc un impact majeur sur le milieu de vie des patientes, désorganisant à la fois celles qui n'ont pas été impliquées directement dans l'incident, tout comme l'équipe traitante. Notre étude soutient l'importance du support professionnel, de la supervision et de la formation continue pour les intervenants confrontés à ce type de comportement. Des pistes de réflexion sont proposées quant au soutien à offrir aux intervenants travaillant auprès de personnes qui s'automutilent en psychiatrie légale.

Table des matières

Sommaire	iv
Remerciements	x
Introduction générale	1
Contexte théorique	7
Définition actuelle de l'automutilation et ses manifestations	8
Prévalence de l'automutilation	11
Population générale.....	11
Population carcérale et psychiatrique	12
Compréhension théorique du recours à l'automutilation	14
Défis rencontrés par les intervenants en psychiatrie légale face aux comportements d'automutilation	18
Exposition à des comportements d'automutilation en milieu de travail	18
Conséquences des incidents d'automutilation chez les intervenants et stratégies de gestion de ceux-ci.....	23
Vers une meilleure compréhension des attitudes.....	27
Attitudes.....	27
Attitudes des intervenants à l'égard des comportements d'automutilation.....	28
Mesures empiriques des attitudes	36
Objectif de la présente étude.....	38
Article scientifique. Attitudes of forensic psychiatric staff to self-harm behaviors of their female patients	40
Abstract	42

Methodology	46
Setting	47
Participants.....	47
Instruments.....	48
Procedure	50
Data analysis	50
Results.....	51
ADSHQ.....	51
Semi-structured interviews	53
Staff members' perceptions on how to assess self-harm behaviors.....	53
Perceptions about the function of self-harm behaviors	54
Emotional regulation	54
Communication of needs	55
Manipulation.....	55
The impact self-harm has on the staff and the unit.....	56
Memories connected with the event	56
Impact on the unit as a whole	57
The feelings experienced by staff members in relation to self-harm behaviors.....	58
Negative feelings	58
Positive feelings.....	59
Strategies used to create a distance from the feelings experienced	59

Inhibition of the emotional responses provoked by the self-harm incident	59
Desensitization.....	60
Rationalization	61
Facilitators and barriers in the management of self-harm behaviors.....	61
Facilitators	61
Teamwork	61
Professional experience	62
Barriers encountered during self-harm incidents.....	63
Administrative tasks vs ground-level management.....	63
Lack of professional support	63
Lack of training.....	64
Discussion	65
Strengths and limitations.....	68
Conclusion	70
References	71
Conclusion générale	75
Principaux résultats de l'étude	76
Contributions originales de l'étude et ses limites	85
Références générales	91
Appendice A. Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire, version française	101
Appendice B. Grille d'entrevue	104

Appendice C. Formulaire de consentement des participants	106
Appendice D. Questionnaire sociodémographique	112

Remerciements

La réalisation de cet essai a été rendue possible grâce au soutien de plusieurs personnes à qui je désire exprimer ma plus profonde reconnaissance.

Tout d’abord, je tiens à remercier ma directrice de recherche, Madame Julie Lefebvre, de m’avoir accompagnée et encouragée de manière si bienveillante durant mon parcours doctoral. Julie, merci de t’être investie dans mon cheminement doctoral comme tu l’as fait et de m’avoir donné confiance en mes capacités. Je suis privilégiée d’avoir eu l’opportunité de travailler avec une personne aussi accueillante, humaine et enrichissante que toi. Enfin, je te remercie sincèrement d’avoir gentiment accepté de diriger mon essai à la suite du départ de João pour l’Université du Québec à Montréal, ce qui m’a permis de poursuivre mes études doctorales à l’Université du Québec à Trois-Rivières.

Je remercie aussi mon codirecteur de recherche, Monsieur João Da Silva Guerreiro, de m’avoir soutenue et accompagnée si généreusement dans ce long processus. João, merci pour ton aide, ta présence, tes encouragements et ta confiance. Je suis choyée d’avoir bénéficié de ton expertise et de tes précieux conseils qui m’ont permis d’approfondir ma réflexion sur le plan clinique, tout en stimulant mon intérêt pour la recherche. Grâce à toi, j’ai développé un véritable enthousiasme à comprendre le vécu des intervenants œuvrant dans des contextes de soins exigeants. Enfin, je tiens à te remercier d’avoir continué à me supporter dans la réalisation de mon essai, malgré ton départ à l’Université du Québec à Montréal.

Un remerciement spécial va à Marie-Christine Robitaille-Grou pour son aide si précieuse et appréciée dans les analyses statistiques. J'exprime également mes plus sincères remerciements à Karine Gore pour le soutien offert durant la planification de la collecte de données. Je remercie aussi Marie-Pier Vaillancourt-Morel et Audrey-Anne Dumais Michaud, membres du jury d'évaluation, pour leur investissement dans cet essai.

À tous les intervenants qui ont participé à ce projet de recherche, je vous remercie pour votre précieuse collaboration. Merci infiniment pour votre confiance et vos partages à la fois touchants et inspirants. Sachez que vous faites un travail exceptionnel.

Je désire également remercier l'Observatoire en santé mentale et justice et le Centre international de criminologie comparée pour leur contribution financière. Je vous remercie d'avoir cru en mon projet de recherche et de m'avoir aidée à le réaliser. Un remerciement sincère va à Christiane Hamelin pour l'aide apportée dans la révision et la mise en pages de cet essai.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes amis pour leur support tout au long de mon cheminement. Un merci tout particulier, rempli d'amour et de reconnaissance, va à mes parents pour leur présence et leur soutien indéfectibles. Finalement, j'exprime ma plus profonde gratitude à mon conjoint pour son amour inconditionnel ainsi que pour son soutien si précieux tout au long de mon parcours doctoral.

Introduction générale

La gestion de l'automutilation constitue un enjeu majeur dans l'intervention en psychiatrie légale et en milieu correctionnel (Fagan, Cox, Helfand, & Aufderheide, 2010; Power & Brown, 2010), particulièrement auprès de la clientèle féminine au sein de laquelle une prévalence élevée de ce comportement a été documentée (Selenius & Strand, 2017; Walker et al., 2017; Zinger, 2018). En effet, une étude canadienne a démontré que jusqu'à 41 % des femmes incarcérées adoptaient des comportements d'automutilation au cours de leur incarcération (Power, Brown, & Usher, 2013a), alors qu'une revue systématique de la littérature a révélé que cette prévalence était de 10 à 18 % chez les femmes en milieu de psychiatrie légale (Dixon-Gordon, Harrison, & Roesch, 2012). Les incidents d'automutilation auraient par ailleurs quadruplé au sein de la population carcérale féminine canadienne au cours de la dernière décennie (Zinger, 2018). Cette augmentation pourrait, en partie, s'expliquer par le fait que cette clientèle présenterait des problématiques complexes sur le plan de la santé mentale, et que le milieu carcéral ne serait pas adapté pour composer avec les enjeux qui en découlent. Le Service correctionnel du Canada privilégiant la sécurité du personnel et de la population carcérale, il en résulterait que ces femmes demeureraient aux prises avec une détresse psychologique non reconnue pouvant s'exprimer par des passages à l'acte, notamment l'automutilation (Zinger, 2018).

Il convient d'abord de distinguer le milieu de psychiatrie légale de l'environnement carcéral. De manière sommaire, ces milieux se différencient, entre autres, par leur mission et le statut légal de la clientèle qu'ils reçoivent. Plus spécifiquement, la psychiatrie légale constitue une surspécialité de la psychiatrie, dont la mission est d'offrir des services d'évaluation et de traitement à une clientèle reconnue majoritairement non criminellement responsable d'un acte criminel pour cause de troubles mentaux. Une des particularités de la psychiatrie légale est l'importance accordée à la sécurité des soins et des services offerts, bien que ceux-ci soient dispensés en milieu hospitalier (Alain-Noël, 2020; Mullen, 2000). Le milieu carcéral, dont la mission principale est la protection du public, concerne, pour sa part, la détention de personnes reconnues criminellement responsables d'un acte criminel (Alain-Noël, 2020; Zinger, 2018).

La gestion et le traitement des patients qui manifestent des comportements violents autodirigés en milieux fermés demeurent complexes et présentent des enjeux de taille, non seulement pour la clientèle concernée, mais également pour le personnel et les établissements dans leur ensemble (Fagan et al., 2010; Power & Brown, 2010; Zinger, 2018). Plusieurs répercussions négatives ont d'ailleurs été documentées chez les intervenants exposés à ce type de comportement (Walker et al., 2017). Ceux-ci présenteraient entre autres un risque accru de vivre un épuisement professionnel et de

souffrir d'un stress traumatique secondaire¹ (Power & Usher, 2014; Usher, Power, & Wilton, 2010). Une littérature abondante souligne également que les intervenants travaillant auprès de personnes qui s'automutilent éprouveraient davantage d'émotions négatives dans le cadre de leurs fonctions : anxiété, sentiments d'impuissance, irritabilité, frustration, colère, peur, dégoût, etc. (Fagan et al., 2010; Gibb, Beautrais, & Surgenor, 2010; Karman, Kool, Poslawsky, & van Meijel, 2015; Marzano, Adler, & Ciclitira, 2013; O'Donovan & Gijbels, 2006).

Ces émotions auraient non seulement une incidence négative sur le bien-être psychologique des intervenants, mais également sur la qualité des interventions effectuées auprès de la clientèle et, conséquemment, des soins dispensés (Marzano, Ciclitira, & Adler, 2012). La manière dont les intervenants perçoivent et comprennent le geste d'automutilation façonnerait également leur réponse thérapeutique envers les patients aux prises avec cet agir (Dickinson, Wright, & Harrison, 2009), ce qui affecterait, en retour, la trajectoire de rétablissement de ces individus (Gibb et al., 2010; Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky, & Riess, 2014). Cette association se comprendrait par le fait que l'alliance de travail établie entre l'intervenant et le patient jouerait un rôle significatif dans le cheminement d'une personne demandant de l'aide (Kelley et al., 2014). Les attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation peuvent également apporter

¹ Ce terme désigne le stress éprouvé par une personne venant en aide à un individu souffrant ou ayant vécu une expérience traumatique (Figley, 1999). Les symptômes ressentis sont similaires à ceux observés chez les individus ayant directement vécu un traumatisme : pensées intrusives liées à l'événement traumatique, comportements d'évitement, effets négatifs sur la pensée et l'humeur, réactions physiologiques (Chrestman, 1999).

un éclairage dans la compréhension de ce phénomène. Une meilleure compréhension des attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation est essentielle afin de mieux saisir les enjeux liés à la gestion et à l'intervention de ce comportement hautement complexe (Short et al., 2009). En comprenant mieux les attitudes des intervenants envers l'automutilation et les enjeux sous-jacents, il sera possible de les soutenir et de les orienter vers de meilleures pratiques professionnelles et, de ce fait, de mieux venir en aide à la clientèle.

Selon la définition de Rosenberg et Hovland (1960), les attitudes envers l'automutilation peuvent se définir comme une réponse affective, cognitive ou comportementale d'un intervenant envers ce comportement. Bien que celles-ci constituent une source d'information importante dans l'intervention auprès des personnes ayant des comportements d'automutilation, les attitudes sont fréquemment négligées lorsqu'il s'agit d'étudier la gestion de ces comportements (Marzano et al., 2013; Short et al., 2009; Walker et al., 2017).

Ce constat est particulièrement vrai en ce qui concerne les attitudes des intervenants œuvrant en psychiatrie légale et en milieu carcéral, notamment en Amérique du Nord, alors que les comportements d'automutilation posent des défis importants au sein de ces services (Marzano et al., 2012; Power & Brown, 2010; Walker et al., 2016, 2017). Si les études s'entendent sur l'importance du rôle des intervenants dans les stratégies de gestion de l'automutilation (Cole, 2016; Kelley et al., 2014; Rayner, Blackburn, Edward,

Stephenson, & Ousey, 2019; Short et al., 2009), la littérature portant sur leurs attitudes envers ce comportement demeure relativement rare. Pourtant, celles-ci font partie des facteurs modulant la réponse thérapeutique des intervenants et ayant une incidence sur la trajectoire de rétablissement de la clientèle (Cole, 2016; Marzano et al., 2012).

Ainsi, le présent essai a pour objectif de mieux comprendre les attitudes des intervenants œuvrant en psychiatrie légale envers les comportements d'automutilation. Celui-ci comporte trois sections : un contexte théorique, un article scientifique ainsi qu'une conclusion. Tout d'abord, le contexte théorique présentera l'état des connaissances concernant, d'une part, les comportements d'automutilation et, d'autre part, les défis rencontrés par les intervenants dans la gestion de ces comportements en institution. Les recherches portant sur les attitudes des intervenants envers l'automutilation seront également développées. Ensuite, les attitudes des intervenants envers les gestes d'automutilation seront explorées au regard de l'article présentant les résultats de notre étude réalisée auprès de 18 intervenants œuvrant à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel de Montréal. Enfin, la conclusion discutera de l'avancement des connaissances apportées par l'article, ainsi que des avenues à explorer pour le futur, à la lumière des données récoltées dans notre étude.

Contexte théorique

Dans cette section, une brève revue de la littérature sera présentée en trois temps. Premièrement, la notion de l'automutilation sera détaillée, notamment en ce qui a trait à sa définition, à sa prévalence ainsi qu'aux motifs sous-tendant ce geste. Deuxièmement, les défis rencontrés par les intervenants dans l'exercice de leurs fonctions en institution, notamment auprès d'une clientèle qui s'automutile, seront traités. Troisièmement, les attitudes seront explorées, principalement en lien avec les comportements d'automutilation, en mettant également en lumière la complexité de ce phénomène psychologique.

Définition actuelle de l'automutilation et ses manifestations

Malgré les nombreux écrits portant sur l'automutilation, il importe de mentionner qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus concernant la définition de ce concept (Pickard, 2015; Power et al., 2013a; Usher et al., 2010). Cette difficulté serait entre autres liée à une terminologie différente employée par les auteurs qui se sont intéressés aux comportements d'automutilation. En effet, ce champ de recherche comporte un large éventail de termes pour s'y référer, notamment les comportements parasuicidaires, les comportements autodestructeurs, les comportements violents autodirigés et l'automutilation délibérée (Fagan et al., 2010; Nock, 2010; O'Donovan & Gijbels, 2006; Pickard, 2015; Power, Brown, & Usher, 2013b). Une incohérence est également observée dans la littérature concernant les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour définir

ces comportements (Dixon-Gordon et al., 2012; James, Stewart, & Bowers, 2012; Power et al., 2013b). Certains auteurs incluraient les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sous la désignation du comportement d'automutilation, alors que d'autres les écarteraient, d'où certaines divergences dans la documentation à ce sujet (O'Donovan & Gijbels, 2006; Power et al., 2013b).

Ce comportement serait par ailleurs défini différemment selon les régions. En Europe et en Australie, l'intention suicidaire ne serait généralement pas prise en compte dans la définition de l'automutilation, alors que celle-ci permettrait de distinguer un comportement d'automutilation d'un geste suicidaire au Canada et aux États-Unis (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). En Amérique du Nord, l'automutilation se définit comme un comportement visant à s'infliger des blessures de manière délibérée, sans intention suicidaire (Nock, 2010); il s'agit de la définition retenue dans le cadre de cet essai. Il est également à préciser que l'automutilation et les comportements violents autodirigés seront employés à titre de synonyme dans cet essai.

Bien que la distinction entre un comportement d'automutilation et un geste suicidaire puisse sembler claire, il serait en fait difficile de la cerner adéquatement, particulièrement lorsqu'il s'agit de clientèles qui présentent des enjeux plus complexes, tels qu'une problématique en santé mentale (Nock, 2010; Pickard, 2015; Usher et al., 2010). Pour bien saisir la nature et le sens du geste posé, il importe de se référer à la personne qui l'a commis. Or, certaines personnes ne parviennent pas à identifier les motifs sous-tendant

leur geste, ou encore sont impulsives dans les méthodes utilisées, de sorte que l'automutilation peut causer la mort même s'il ne s'agit pas de l'intention première (Nock, 2010; Pickard, 2015; Usher et al., 2010). En d'autres termes, certaines personnes optent pour des moyens plus létaux pour s'automutiler, succombant à leurs blessures, même si l'intention suicidaire n'était pas évidente au premier abord (Power & Brown, 2010).

De surcroît, les intervenants auraient différentes perceptions du comportement d'automutilation, ce qui contribuerait aussi à la confusion de la compréhension de ce geste sur le plan clinique. Les études ayant exploré ce phénomène mettent en lumière des critères d'évaluation subjectifs vagues et variables d'un intervenant à l'autre. Ainsi, pour certains intervenants, l'automutilation renverrait à des comportements spécifiques (p. ex., se couper, se mordre), alors que pour d'autres, cette conduite renverrait à tout comportement visant à s'infliger une blessure (O'Donovan & Gibjels, 2006; Smith, Power, Usher, Sitren, & Slade, 2019).

Ceci étant dit, il est généralement admis que l'automutilation peut se manifester de différentes façons : coupure, grattage ou brûlures de peau, ingestion d'objets ou de substances toxiques, insertion de corps étrangers dans le corps, se frapper, etc. (Pickard, 2015; Usher et al., 2010). Il y aurait également un consensus dans la littérature sur le fait que l'automutilation se distingue des comportements impliquant le corps et ayant une fonction sociale ou esthétique, par exemple, les tatouages (Neuburger, 2006; Nock, 2009). Enfin, les recherches révèlent que les personnes qui s'automutilent présentent un risque

accru de passage à l'acte suicidaire (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014; Hawton, Linsell, Adeniji, Sariaslan, & Fazel, 2014; Power & Brown, 2010). Il semblerait d'ailleurs qu'un antécédent d'automutilation soit le meilleur prédicteur d'un éventuel geste suicidaire, d'où les préoccupations associées (Klonsky, May, & Glenn, 2013).

Prévalence de l'automutilation

Cette section présentera, dans un premier temps, la prévalence de l'automutilation au sein de la population générale et, dans un second temps, celle en milieu psychiatrique et carcéral. Les défis liés à l'étude de ce phénomène seront également abordés.

Population générale

Tout comme pour sa définition, certains aspects problématiques sont relevés au sein de la littérature lorsqu'il s'agit de faire état de la situation concernant les comportements d'automutilation (Muehlenkamp et al., 2012). D'une part, sachant que l'automutilation peut prendre de multiples formes et qu'elle constitue, dans plusieurs cas, une activité clandestine (Neuburger, 2006), il semble ardu, voire impossible, de dresser un portrait quantitatif fidèle aux réalités des personnes qui manifestent ce comportement (O'Donnell, House, & Waterman, 2015; Power & Brown, 2010). D'autre part, le fait que différents termes et critères d'inclusion soient employés pour définir les comportements d'automutilation contribue à l'impossibilité de fournir un portrait juste et exhaustif de la situation actuelle (Muehlenkamp et al., 2012; Power & Brown, 2010). En effet, ces différentes définitions conduisent vers l'utilisation de méthodes distinctes pour mesurer

ce phénomène, ce qui concourt aussi aux variations entre les prévalences estimées ainsi qu'à la difficulté de comparaison de ce phénomène (Muehlenkamp et al., 2012). Ensuite, les recherches tendent à examiner des objets d'étude précis concernant l'automutilation, par exemple, les formes d'automutilation et certaines populations (p. ex., les jeunes, les adultes) (O'Donnell et al., 2015).

Plusieurs études, dont des études canadiennes, signalent néanmoins que l'automutilation serait un comportement plus prévalent chez les adolescents; 16 à 18 % des adolescents s'automutileraient, une prévalence qui demeurerait stable depuis les dernières années (Muehlenkamp et al., 2012; Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008). En ce qui concerne la population générale adulte, une étude menée auprès de 439 adultes résidant dans 48 états américains a révélé qu'approximativement 6 % des adultes avaient manifesté un geste d'automutilation au moins une fois au cours de leur vie (Klonsky, 2011). Cette prévalence est similaire à celle d'études épidémiologiques réalisées antérieurement auprès d'une population adulte aux États-Unis (4 %) (Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003).

Population carcérale et psychiatrique

L'automutilation chez les personnes en psychiatrie et en détention constitue une problématique abordée dans les milieux académiques, juridiques et professionnels depuis de nombreuses années (Power et al., 2013b). Il s'agirait d'un enjeu particulièrement important au sein de la clientèle féminine (Dixon-Gordon et al., 2012; Hawton et al., 2014;

Short et al., 2009; Walker et al., 2017). En effet, selon les études sur le sujet, il est constaté que 10 à 41 % des femmes en institution psychiatrique et carcérale manifesteraient des comportements d'automutilation (Dixon-Gordon et al., 2012, Hawton et al., 2014; Power et al., 2013a), tandis que cette prévalence serait de 5 à 11 % pour leurs homologues masculins (Hawton et al., 2014; Verdolini et al., 2017).

Il convient cependant de souligner que la littérature apparaît mitigée quant à la prédominance de ce comportement chez les femmes par rapport aux hommes en psychiatrie légale et en milieu carcéral (James et al., 2012; Power & Brown, 2010; Usher et al., 2010). Bien que de nombreux auteurs rapportent une prévalence plus élevée de cette conduite chez les femmes, d'autres remettent en question la surreprésentation de ce phénomène chez celles-ci du fait qu'elles constituent une population davantage étudiée à ce sujet (Beer, Muthukumaraswamy, Khan, & Musabbir, 2010; James et al., 2012).

Un consensus semble toutefois se dégager de la littérature sur le fait qu'une minorité de personnes exercerait la majorité des comportements d'automutilation en institution. Récemment, Kottler, Smith et Bartlett (2018) ont mené une étude auprès de femmes détenues en Angleterre, révélant que 1,28 % des femmes avaient commis 80 % des actes d'automutilation. Dans le même sens, Beer et al. (2010) ont mené une étude rétrospective en Angleterre d'une durée de six ans et demi au sein d'une institution psychiatrique à sécurité minimum. Il s'est avéré que 13 % des patients (hommes et femmes) qui s'automutilent avaient commis 57 % de l'ensemble des comportements d'automutilation

recensés. Ces portraits dépeignent une réalité similaire à celle observée dans les milieux correctionnels féminins canadiens : 19,67 % des femmes détenues étaient impliquées dans l'ensemble des incidents d'automutilation recensés entre 2017 et 2018 (Zinger, 2018).

Les incidents d'automutilation en institution semblent concerner une minorité de personnes, lesquelles suscitent cependant de grandes préoccupations et un déploiement majeur de ressources (p. ex., soins médicaux, surveillance, rencontres avec les professionnels), d'où l'importance de mieux comprendre ce phénomène (Fagan et al., 2010; Smith & Kaminski, 2011).

Compréhension théorique du recours à l'automutilation

Pour arriver à bien saisir les enjeux relatifs à l'intervention auprès de personnes manifestant des comportements d'automutilation, il semble important d'élaborer davantage cette notion et d'en comprendre les motifs sous-jacents. Regorgeant de théories explicatives à ce sujet, la littérature met également en lumière plusieurs facteurs corrélés à l'adoption de comportements d'automutilation.

De manière générale, les recherches démontrent que ce comportement est plus susceptible de survenir lorsqu'une personne présente un jeune âge, des expériences de victimisation émotionnelle, physique ou sexuelle, des antécédents criminels juvéniles, une problématique de consommation ou de santé mentale ou qu'elle provient d'un milieu socioéconomique défavorisé (Klonsky & Moyer, 2008; Pickard, 2015; Usher et al., 2010).

Chez les femmes détenues, un historique d'expériences traumatiques vécues au cours de l'enfance, en particulier l'agression sexuelle, constituerait l'un des principaux facteurs associés à l'automutilation (Power et al., 2016). Dans leur méta-analyse, Klonsky et Moyer (2008) nuancent l'association entre les abus sexuels subis et les comportements d'automutilation, en soulignant l'effet de variables médiatrices, par exemple, les problématiques de santé mentale (troubles de la personnalité limite, anxiété, dépression) et l'alexithymie, soit une difficulté à identifier et à décrire ses émotions, de même que celles d'autrui.

D'ailleurs, l'automutilation constituerait une stratégie d'adaptation visant à gérer des émotions négatives ou à communiquer un problème ou un besoin à autrui (Chapman & Dixon-Gordon, 2007; Motz, 2010; Power & Usher, 2014). Bien que l'utilisation de substances soit généralement associée à l'automutilation chez les femmes détenues, une étude canadienne réalisée par Power et al. (2013b) a révélé que certaines femmes rapportaient une diminution de ce comportement en état d'intoxication. Cette étude soutiendrait l'idée selon laquelle la consommation de substances constituerait un comportement mésadapté visant à tolérer la détresse psychologique ou à réguler des émotions négatives au même titre que l'automutilation, d'où un moindre besoin de recourir à ce comportement lorsqu'intoxiqué.

Afin d'approfondir leur compréhension de ce phénomène, Power et al. (2013b) ont interrogé 56 femmes purgeant une peine fédérale au Canada et ayant eu des

comportements d'automutilation. Les chercheurs se sont entre autres intéressés aux motivations sous-tendant le recours à l'automutilation chez cette population. Leur étude révèle que la plupart des femmes manifesteraient ce comportement pour diverses raisons; la gestion des émotions négatives étant cependant rapportée par la majorité des détenues, soit 67 %. À cela s'ajoutent la communication d'émotions négatives, un besoin d'être en contact avec le sang ou la douleur, la procuration d'une sensation de bien-être physique ou émotionnelle, l'obtention d'un gain (p. ex., changer de lieu, recevoir de l'attention), le fait de se blesser soi-même plutôt qu'autrui, etc. D'ailleurs, la majorité des femmes interviewées, soit 52 %, auraient indiqué recourir à l'automutilation pour plus d'une raison, ce qui illustre la complexité de ce phénomène.

À partir d'entrevues réalisées auprès de femmes détenues, Mangnall et Yurkovich (2010) ont développé une théorie illustrant un cercle vicieux auquel seraient confrontées les personnes incarcérées qui s'automutilent. Selon leur modèle, celles-ci éprouveraient de la difficulté à exprimer les émotions négatives ressenties, particulièrement l'anxiété et la colère, et qui, faute d'être exprimées, généreraient une tension interne devenant de plus en plus intolérable. Ne pouvant contenir cette angoisse, un besoin d'agir se ferait sentir pour apaiser l'inconfort émotionnel ressenti, d'où le passage à l'acte automutilatoire. Le soulagement éprouvé à la suite de celui-ci serait cependant rapidement supplanté par des mesures disciplinaires punitives (p. ex., mesures de contention, placement en cellule d'isolement) qui généreraient, à nouveau, de l'anxiété et de la colère.

De manière cohérente à ces études, plusieurs auteurs avancent que le geste d'automutilation serait un mécanisme de défense contre l'angoisse. Plus spécifiquement, les individus ne possédant pas les ressources internes nécessaires pour tolérer une souffrance vécue sur le plan psychique emprunteraient la voie de l'agir pour se soulager d'une douleur intérieure (Neuburger, 2006; Scaramozzino, 2004). Il semble par ailleurs pertinent de souligner que certains auteurs mentionnent que l'automutilation serait également un comportement d'espoir pour les personnes qui le manifestent (Motz, 2010). En ce sens, celles-ci utiliseraient l'expérience concrète de la douleur pour exprimer leur angoisse psychologique tout en espérant recevoir une réponse à la détresse éprouvée. Selon cette compréhension clinique, l'automutilation serait une forme de communication visant à exposer le monde interne et les expériences vécues (Motz, 2010). Il est donc à souligner que les motifs sous-jacents à l'automutilation évoqués dans cette section sont présents chez les personnes qui s'automutilent, qu'elles soient détenues ou non.

En somme, l'automutilation est un phénomène polysémique complexe. Bien que ce comportement soit adopté pour de multiples raisons, les liens identifiés entre le recours à l'automutilation et les difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle semblent faire consensus parmi les théoriciens, les chercheurs et les personnes y recourant. Ces dernières présentant des carences importantes sur le plan de la régulation émotionnelle, mais également dans les sphères liées à la tolérance à la détresse et aux relations interpersonnelles (Gratz, 2007; Klonsky et al., 2013; Linehan, 1993), il importe d'être sensibilisé à ces enjeux afin de leur offrir une aide appropriée et spécifique à leurs besoins.

De manière parallèle, il appert important de s'interroger sur la souffrance pouvant également habiter les intervenants appelés à travailler auprès de cette clientèle; l'automutilation ayant une incidence certaine sur le personnel soignant (Scaramozzino, 2004).

Défis rencontrés par les intervenants en psychiatrie légale face aux comportements d'automutilation

Dans cette section, les défis auxquels sont confrontés les intervenants dans l'exercice de leurs fonctions seront étayés, en évoquant particulièrement la violence autodirigée à laquelle ils sont exposés, voire confrontés. Les conséquences pouvant en découler seront ensuite abordées, suivies des stratégies de gestion des incidents de violence autodirigée vécus en milieu de travail. Cette exploration apparaît importante afin de bien saisir le contexte dans lequel les intervenants sont appelés à travailler, ce qui est à prendre en considération lorsqu'il est question d'examiner leurs attitudes envers l'automutilation.

Exposition à des comportements d'automutilation en milieu de travail

L'exposition des intervenants à des gestes de violence autodirigée en milieu de travail est un phénomène préoccupant du point de vue individuel et qui pose d'énormes défis sur le plan de la gestion pour les équipes soignantes. En plus de l'exposition des intervenants en milieu psychiatrique et correctionnel à des actes d'automutilation, mentionnons que ceux-ci sont également exposés à de la violence hétérodirigée de la part de la clientèle, soit envers eux-mêmes ou envers un autre patient (Bell, Hopkin, & Forrester, 2019; Kelly, Subica, Fulginiti, Brekke, & Novaco, 2015). Bien que l'automutilation constitue l'objet

principal de cet essai, il importe d'être sensibilisé au fait que les individus qui s'automutilent présentent un risque plus élevé de commettre une agression envers autrui. En effet, de nombreuses études ont révélé des liens entre les comportements violents autodirigés et hétérodirigés (O'Donnell et al., 2015; Selenius, Leppänen Östman, & Strand, 2016; Slade, 2018). L'étude réalisée par Selenius et al. (2016) indique, entre autres, que 70 % des patientes en milieu de psychiatrie légale qui s'automutilent durant leur hospitalisation manifesteraient également des comportements violents envers les autres patientes et le personnel.

Une étude récente menée en milieu correctionnel en Angleterre auprès de 36 professionnels travaillant auprès de détenus ayant des difficultés en santé mentale (majoritairement des infirmiers et des agents correctionnels) a aussi démontré que la violence autodirigée demeurerait une problématique tout aussi importante que le risque de violence hétérodirigée (Bell et al., 2019). En effet, celle-ci a révélé que plus de la moitié du personnel de la santé (57 %) et des agents correctionnels (53 %) avaient accompagné des détenus ayant des idéations ou des impulsions d'automutilation à de multiples reprises (plus de 30 fois). Qui plus est, la plupart des infirmiers en santé mentale (48 %) avaient été témoins d'un geste d'automutilation ou d'une tentative de suicide entre une et dix fois, quoique plusieurs d'entre eux rapportaient une fréquence d'exposition plus élevée à ces incidents. D'ailleurs, 60 % des agents correctionnels sondés en auraient été témoins plus de 30 fois. De surcroît, tous les agents correctionnels auraient été témoins d'un évènement léthal ou presque léthal, et 19 % de l'ensemble des participants auraient vécu cette expérience

plus de dix fois. Enfin, il convient de signaler que plus de la moitié du personnel de la santé (57 %) et des agents correctionnels (53 %) avaient subi une agression ayant nécessité des soins de santé durant leur quart de travail. Ces données rappellent l'association entre la violence auto et hétérodirigée dont les intervenants en milieu de psychiatrie légale et correctionnel sont témoins ou victimes, ce qui ajoute à la complexité de la gestion de ce type d'incident en milieu fermé. En effet, une gestion efficace des comportements de violence autodirigée doit également prendre en considération le risque de violence hétérodirigée.

Au-delà du continuum qui existerait entre la violence auto et hétérodirigée auquel les intervenants seraient exposés, il est à souligner que divers facteurs institutionnels auraient également une incidence sur l'environnement de travail de même que sur la qualité des soins offerts aux personnes qui s'automutilent. Du point de vue des intervenants, le manque de temps et de ressources (p. ex., manque de personnel, manque de formation) constitueraient des obstacles significatifs à un apport de soins thérapeutiques (O'Donovan & Gijbels, 2006; O'Connor & Glover, 2017; Wilstrand, Lindgren, Gilje, & Olofsson, 2007). O'Donovan et Gijbels (2006) ont réalisé une étude qualitative en Irlande auprès de huit infirmiers, soit six femmes et deux hommes, œuvrant en milieu psychiatrique auprès de patients qui s'automutilent. Leur étude a révélé que ceux-ci se sentaient surchargés par les tâches à accomplir lors d'incidents d'automutilation (p. ex., rédaction de notes, soins médicaux, gestion des autres patients), déplorant le manque de ressources. De plus, ils ont exprimé qu'ils se sentaient brimés dans leur autonomie professionnelle, relatant un conflit

de valeurs lié à une prise en charge dominée par une approche pharmacologique au détriment d'approches centrées sur le vécu émotionnel de la personne. À l'instar de O'Donovan et Gijbels, plusieurs auteurs ont rapporté la présence de conflits de rôle chez les intervenants lors d'interventions effectuées auprès de personnes ayant des comportements d'automutilation : favoriser une approche sensible et empathique tout en maintenant le cadre qui s'avèrerait particulièrement pertinent dans ce contexte d'intervention; offrir du temps de qualité aux patients versus répondre aux attentes et demandes institutionnelles (p. ex., tenue de dossiers) (Marzano et al., 2013; O'Connor & Glover, 2017; Wilson, Rouse, Rae, & Kar Ray, 2018).

Ces résultats corroborent ceux de Wilstrand et al. (2007) qui ont mené une étude qualitative en Suède auprès de six infirmiers (trois hommes et trois femmes) travaillant en psychiatrie auprès de patients aux prises avec une problématique d'automutilation. En plus des enjeux identifiés ci-haut, leur étude met en relief le manque de soutien émotionnel des collègues et des gestionnaires, soulignant, par le fait même, l'importance de recevoir un support professionnel lors d'incidents d'automutilation. Selon les études recensées, le manque de formation constituerait aussi un enjeu particulièrement important pour les équipes appelées à gérer les comportements d'automutilation. Maintes recherches rapportent que les intervenants se sentiraient insuffisamment outillés et formés pour intervenir auprès de la clientèle qui s'automutile et qui présente, comme indiqué plus haut, des besoins spécifiques (Gibb et al., 2010; Koning, McNaught, & Tuffin, 2018; O'Donovan & Gijbels, 2006; Walker et al., 2017; Wilstrand et al., 2007). À cela s'ajoute

un inconfort en ce qui a trait à l'utilisation des mesures de contention pour traiter les patients aux prises avec des comportements d'automutilation, bien que celles-ci seraient considérées comme nécessaires en raison du manque de ressources (Wilson et al., 2018). Malgré les insatisfactions éprouvées à l'égard de leur pratique en institution auprès d'une clientèle qui s'automutile, il semblerait que les intervenants partagent le sentiment d'avoir accès à peu de moyens pour l'améliorer (James et al., 2012). Enfin, les milieux psychiatriques et correctionnels sont reconnus comme des environnements de travail stressants, notamment en raison de l'imprévisibilité des gestes d'automutilation posés par la clientèle et de l'exposition des intervenants à ces incidents potentiellement traumatiques (Bell et al., 2019; O'Donovan & Gijbels, 2006; Smith et al., 2019).

En bref, il est important de tenir compte de la complexité associée à l'expression des comportements d'automutilation qui, selon la littérature recensée pour cet essai, n'est qu'une facette des difficultés du fonctionnement psychologique des personnes qui manifestent ces gestes et un comportement problématique à gérer parmi plusieurs autres comportements, et ce, dans un environnement teinté d'instabilité et d'imprévisibilité. Il est aussi essentiel de prendre en ligne de compte les contraintes inhérentes au milieu de travail où ces comportements peuvent être liés au contexte de travail et aux effets délétères (p. ex., manque de personnel, manque de formation des intervenants). La littérature témoigne, sans contredit, à quel point les membres du personnel œuvrant en psychiatrie légale et en milieu correctionnel sont particulièrement vulnérables aux incidents d'automutilation. L'exposition potentiellement traumatique à ces comportements a un

impact considérable sur le bien-être psychologique des intervenants. Cet aspect sera traité dans la prochaine section, de même que les stratégies de gestion des incidents d'automutilation et les conséquences sur la qualité des soins offerts.

Conséquences des incidents d'automutilation chez les intervenants et stratégies de gestion de ceux-ci

De nombreuses études ont démontré que la violence autodirigée en milieu de travail avait un impact négatif sur le bien-être psychologique des intervenants de même que sur leur satisfaction au travail. Les intervenants travaillant en milieu psychiatrique et carcéral, notamment auprès de patients qui s'automutilent, seraient particulièrement à risque de vivre un épuisement professionnel et d'éprouver des difficultés sur le plan de la santé mentale (p. ex., anxiété, dépression, insomnie, trouble de stress post-traumatique) (Bell et al., 2019; Eades, 2020; Power & Usher, 2014). L'évitement, les cauchemars et les *flashbacks* seraient d'ailleurs des symptômes plus fréquents qu'on ne le pense chez les intervenants ayant été confrontés à un incident d'automutilation (Marzano et al., 2013). Ceux-ci présenteraient également un risque accru de souffrir de stress ou de fatigue de compassion¹, en particulier s'ils ne sont pas soutenus adéquatement ou s'ils ne bénéficient pas d'outils efficaces pour y faire face (Bell et al., 2019; Power & Usher, 2014; Smith et

¹ La fatigue de compassion peut être vécue par toute personne prenant en charge des individus en situation de détresse. Elle se manifeste, entre autres, par un état de tension émotionnelle résultant d'une souffrance personnelle liée à la souffrance des patients (Thomas, Barruche, & Hazif-Thomas, 2012). Celle-ci peut mener vers une difficulté du soignant à se montrer aidant et empathique envers la souffrance de ses patients (Adams, Boscarino, & Figley, 2006).

al., 2019). Les intervenants seraient cependant réticents à discuter de leurs difficultés, ce qui influencerait, entre autres, l'ampleur de la symptomatologie ressentie (Eades, 2020).

Pour composer avec les incidents d'automutilation vécus en milieu de travail, les intervenants tendraient à privilégier des stratégies visant la mise à distance des émotions éprouvées lors de ces événements (James et al., 2012; Marzano et al., 2013; O'Connor & Glover, 2017). La désensibilisation, décrite par les intervenants comme une forme d'indifférence, a souvent été documentée dans la littérature comme stratégie d'adaptation adoptée par les intervenants en milieu fermé (Smith et al., 2019; Sousa, Gonçalves, Cruz, & de Castro Rodrigues, 2019; Walker et al., 2017). Celle-ci est considérée par les intervenants qui l'adoptent comme étant essentielle dans la poursuite de leurs activités professionnelles, permettant à la fois l'autopréservation et une prise de décision efficace lors de situations complexes. Bien que les intervenants percevaient cette stratégie comme étant efficace dans l'immédiat, certains s'inquièteraient des conséquences psychologiques liées à sa surutilisation sur le long terme (Marzano et al., 2013; Walker et al., 2017).

La rationalisation, qui se définit comme un mécanisme par lequel le sujet donne une justification rationnelle à un vécu pour éviter un inconfort émotionnel (Chabrol, 2005), serait également une stratégie d'adaptation privilégiée par les intervenants lors d'incidents d'automutilation. Par exemple, ceux-ci tendraient à rationaliser le fait que les patients font le choix de s'automutiler, et que rien ne peut les arrêter (Marzano et al., 2013). Il y a d'ailleurs lieu de croire que cette stratégie, qui semble mettre le poids sur la personne qui

s'automutile, peut contribuer à l'indifférence relevée plus haut lors de telles situations. Selon certains auteurs, le fait d'attribuer la responsabilité et le blâme du geste sur la personne qui s'automutile constitue un mécanisme de défense contre l'angoisse (Huband & Tantam, 2000). Travailler avec cette clientèle peut confronter le personnel soignant à ses propres angoisses autodestructrices et les renvoyer à un éventuel échec de la démarche thérapeutique (Scaramozzino, 2004).

Une autre stratégie privilégiée par les intervenants à la suite d'un incident d'automutilation serait le retrait temporaire qu'ils présentent comme le besoin de prendre une pause. S'ils reconnaissent que certaines expériences sont difficiles, il semblerait qu'il soit plus acceptable pour les intervenants de nommer le besoin de prendre une pause dans la journée de travail plutôt que de reconnaître une difficulté à gérer les émotions sous-jacentes. Cette stratégie ne serait toutefois pas sans conséquence, puisqu'elle engendrerait des conflits avec les gestionnaires qui n'approuveraient pas les pauses prises de manière informelle (Walker et al., 2017).

La tendance que présentent les intervenants à minimiser leur vécu émotionnel serait entre autres attribuable à une culture de soins où la violence et les risques associés « feraient partie du travail ». Les incidents d'automutilation seraient alors considérés comme des événements inévitables aux yeux des intervenants (Walker et al., 2017). Ceux-ci tendraient d'ailleurs à percevoir l'expression des émotions négatives en réponse à ces incidents comme un signe de faiblesse et un manque de professionnalisme (Smith et

al., 2019). Plus encore, le fait d'accepter de l'aide (p. ex., programme d'aide aux employés) serait perçu comme un signe de ne pas convenir à l'emploi (Walker et al., 2017). Smith et ses collègues (2019) allèguent, pour leur part, que le fait d'être exposés à des comportements d'automutilation amènerait les intervenants à développer, au fil du temps, une posture défensive dans le cadre de leurs fonctions. Selon ces auteurs, cette posture affecterait leur capacité à reconnaître leurs états émotionnels suscités par les comportements violents de leurs patients. Ils avancent l'hypothèse selon laquelle l'intolérance des intervenants envers les comportements d'automutilation de leurs patients serait le reflet de leur intolérance face aux émotions que l'exposition à ces comportements générerait.

Il semblerait par ailleurs que les émotions non contenues soient plus susceptibles d'induire des réponses impulsives et désobligeantes de la part des intervenants telles que de l'humiliation et la banalisation des gestes d'automutilation commis (O'Connor & Glover, 2017). Il est à préciser que ce type de réaction serait plus susceptible de se produire dans des environnements de travail où les intervenants seraient confrontés à un manque de ressources, de formation et de personnel (Marzano et al., 2013).

En somme, il ne fait aucun doute que les gestes d'automutilation ont des répercussions importantes pour les patients concernés, mais également pour les intervenants œuvrant auprès d'eux. Ces comportements sont également susceptibles d'influencer la relation entre le patient et l'intervenant et de contribuer à la désorganisation de l'équipe. Les

enjeux sous-jacents, dont le contexte de travail des intervenants, sont à considérer lorsqu'il s'agit de s'intéresser aux attitudes des intervenants envers les gestes d'automutilation manifestés par leurs patients en institution.

Vers une meilleure compréhension des attitudes

Dans cette section, la notion d'attitude sera d'abord définie, pour ensuite explorer les attitudes des intervenants envers l'automutilation. Enfin, les instruments de mesure utilisés en recherche pour examiner ce phénomène seront présentés, en soulevant certaines réflexions.

Attitudes

Le concept de l'attitude, dont l'étude a une longue tradition en psychologie, a grandement évolué au cours des dernières décennies. Plusieurs auteurs estiment d'ailleurs qu'il s'agit de l'un des concepts les plus complexes en psychologie sociale, notamment en ce qui a trait à sa conceptualisation et sa définition (Fazio, 2007; Schwarz & Bohner, 2001). Ceci étant dit, la notion de l'attitude a longtemps été définie comme une évaluation ou une réponse plus ou moins favorable envers un objet donné (Eagly & Chaiken, 1993; Ottaway, Hayden, & Oakes, 2001).

Une définition ayant retenu l'intérêt des chercheurs s'intéressant aux attitudes est celle de Rosenberg et Hovland (1960). Ces auteurs ont mis de l'avant le caractère tridimensionnel des attitudes, soit les composantes cognitive (pensées et croyances envers

l'objet d'attitude), émotionnelle (émotions envers l'objet d'attitude) et comportementale (comportements envers l'objet d'attitude). Cette conception s'avère particulièrement intéressante, puisqu'elle tient compte de l'interaction de plusieurs facteurs dans la compréhension de cette notion subjective (Briñol & Petty, 2012; Fazio, 1986). Il est à noter que la littérature met aussi en évidence l'influence de l'état de la personne et de l'environnement dans laquelle elle se trouve dans le sens et l'intensité des attitudes adoptées (Schwarz & Bohnet, 2001). Il est également reconnu que celles-ci peuvent être influencées par les expériences personnelles passées (Fazio, 2007). Enfin, les objets d'attitudes peuvent autant concerner des objets concrets, des individus ou des groupes de personnes, des idéaux ou des valeurs abstraites (p. ex., égalité, liberté) que des enjeux politiques ou sociaux (p. ex., droit de vote, avortement) (Albarracín & Shavitt, 2018; Briñol & Petty, 2012).

Attitudes des intervenants à l'égard des comportements d'automutilation. À ce jour, la majorité des études portant sur les attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation ont été réalisées auprès des infirmiers et infirmières œuvrant dans les services d'urgence (Conlon & O'Tuathail, 2012; McCann, Clark, McConnachie, & Harvey, 2007; Rayner et al., 2019) et ont principalement été réalisées au Royaume-Uni (Dickinson et al., 2009; Gibb et al., 2010; Marzano et al., 2013; McCarthy & Gijbels, 2010; Shaw & Sandy, 2016; Walker et al., 2017). Les attitudes des autres groupes professionnels œuvrant dans d'autres milieux (autres que les services

d'urgence) auprès de personnes qui s'automutilent demeurent donc peu explorées, particulièrement en Amérique du Nord (Koning et al., 2018; Rayner et al., 2019).

Plusieurs auteurs avancent que les attitudes négatives seraient fréquentes chez le personnel œuvrant auprès d'individus présentant des comportements d'automutilation (Karman et al., 2015; Sandy & Shaw, 2012). Dans leur revue de la littérature, Saunders, Hawton, Fortune et Farrell (2012) révèlent que la majorité du personnel hospitalier œuvrant à l'urgence ou dans le secteur psychiatrique adopterait des attitudes négatives envers les comportements d'automutilation, ce qui se manifesterait principalement par de la colère, de la frustration et de l'hostilité lors de leurs interventions auprès de ce geste. D'ailleurs, une littérature abondante signale que les intervenants ressentiraient une gamme d'émotions négatives lors d'interventions effectuées auprès de patients qui s'automutilent : tristesse, désespoir, colère, irritation, peur, frustration, impuissance, culpabilité, dégoût, etc. (Marzano et al., 2013; Saunders et al., 2012; Wilstrand et al., 2007). En ce sens, il semblerait que la majorité des intervenants soit fréquemment aux prises avec des sentiments d'inadéquation, d'incompétence et d'impuissance lors d'interventions effectuées auprès de patients qui s'automutilent (Conlon & O'Tuathail, 2012; Karman et al., 2015). Mentionnons que l'intervention auprès de patients qui exercent des comportements d'automutilation de manière chronique serait décrite comme étant particulièrement difficile, stressante et épuisante (Marzano et al., 2013).

Une étude menée auprès du personnel infirmier a indiqué que ce dernier éprouvait des difficultés en ce qui concerne la compréhension du comportement d'automutilation et de l'incertitude quant au traitement des patients présentant des problématiques complexes (Wilstrand et al., 2007). Les difficultés organisationnelles (p. ex., manque de ressources, manque de personnel) dans le système de santé contribueraient également aux attitudes négatives envers l'automutilation (Koning et al., 2018). Les émotions négatives ressenties auraient une incidence négative, non seulement sur le bien-être psychologique des intervenants, mais également sur la qualité des soins offerts à la clientèle (Marzano et al., 2012; McGough et al., 2021). En effet, l'adoption d'attitudes hostiles, distantes ou stigmatisantes limiterait le soutien recherché par les patients qui s'automutilent, ce qui exacerberait leur niveau de détresse psychologique de même que leur risque de passage à l'acte (Marzano et al., 2013; McGough et al., 2021; Neuburger, 2006).

Ceci étant dit, de nombreuses études rapportent que les intervenants adopteraient des attitudes à la fois positives et négatives envers les comportements d'automutilation (Gibb et al., 2010; Ireland & Quinn, 2007; Karman et al., 2015; Shaw & Sandy, 2016). Malgré les difficultés soulevées précédemment, des études menées auprès du personnel de la santé ont révélé que certains d'entre eux présentaient des sentiments d'espoir pour le futur, ainsi qu'un sentiment de valorisation du fait de venir en aide à des individus durant une période vulnérable de leur vie (Gibb et al., 2010; Wilstrand et al., 2007). Une étude qualitative réalisée en Angleterre par Sandy et Shaw (2012), à partir d'entrevues et de groupes de discussion, a révélé que les infirmiers œuvrant dans des établissements à sécurité élevée

présentaient des attitudes partagées envers l'automutilation. Leurs interventions à l'égard de ce comportement étaient tantôt teintées d'attitudes favorables (acceptation, optimisme, engagement, travail d'équipe avec la clientèle), tantôt d'attitudes défavorables (indifférence, insensibilité, rigidité et préjugés envers la clientèle). Une méta-analyse réalisée par Rayner et al. (2019) s'étant intéressée aux attitudes du personnel hospitalier œuvrant à l'urgence envers l'automutilation a également révélé la présence d'attitudes positives (p. ex., empathie) et négatives (p. ex., antipathie) envers ce comportement.

Les études semblent néanmoins s'entendre sur l'importance de l'éducation, de la formation et de la supervision, suggérant que ces facteurs peuvent contribuer au développement d'attitudes plus positives envers ce comportement (Rayner et al., 2019; Shaw & Sandy, 2016). Plus spécifiquement, les recherches lèvent le voile sur le fait qu'en bonifiant les connaissances des intervenants envers la problématique de l'automutilation, ceux-ci développeront une meilleure confiance en soi ainsi qu'un meilleur sentiment d'autoefficacité lors de leurs interventions auprès de ce comportement (Rayner et al., 2019). D'ailleurs, dans leur étude menée auprès de 176 agents correctionnels portugais (137 hommes et 39 femmes), Sousa et al. (2019) ont révélé une corrélation positive et significative entre une attitude empathique et la compréhension des motifs sous-tendant le geste d'automutilation. Selon Motz (2010), travailler auprès de personnes qui s'automutilent requiert de la patience, de l'espoir face au désespoir ainsi qu'une capacité à reconnaître et à gérer ses réactions contre-transférentielles.

Bien que limitées, les recherches suggèrent que les agents correctionnels entretiendraient des mythes négatifs envers les fonctions et « l'authenticité » de l'automutilation (Ireland & Quinn, 2007; Short et al., 2009). Parmi les mythes les plus fréquemment évoqués, citons l'impression que les personnes détenues qui s'automutilent le font pour attirer l'attention ou pour manipuler autrui (Fagan et al., 2010; Ireland & Quinn, 2007; Sousa et al., 2019). Une étude qualitative menée auprès de huit agents correctionnels et de cinq professionnels de la santé a révélé que ceux-ci, en particulier les agents correctionnels, émettaient une distinction entre les formes « authentiques » et « non authentiques » des comportements d'automutilation; ces dernières étant perçues comme de la manipulation visant la recherche de bénéfices secondaires (Short et al., 2009). Les gestes d'automutilation mineurs (p. ex., égratignures superficielles) seraient notamment considérés comme étant « non authentiques ». Le cas échéant, les intervenants tendraient à percevoir l'intervention auprès de ces patients comme une perte de temps (Koning et al., 2018). Fovet, Thomas et Amad (2015) soulignent qu'en aucun cas, ces gestes ne devraient être banalisés et qu'il est illusoire de vouloir cibler des critères pour distinguer des « vrais comportements d'automutilation » de « faux comportements d'automutilation ». Ces auteurs encouragent, en ce sens, une évaluation rigoureuse et approfondie du geste afin d'en comprendre le sens ainsi que les motifs sous-jacents.

Les attitudes à l'égard de l'automutilation varieraient selon la profession exercée en raison des différents rôles et niveaux d'implication auprès de personnes qui s'automutilent (Marzano et al., 2012). Une étude menée au Royaume-Uni par Kenning et al. (2010) a

révélé que les agents correctionnels percevaient l'automutilation comme étant de la manipulation et une façon d'obtenir de l'attention, alors que les gestionnaires et les professionnels de la santé (p. ex., psychologues) percevaient ce comportement comme un moyen d'autorégulation ou d'autopunition. Cet écart pourrait entre autres se comprendre par le fait qu'étant donné leur formation, les professionnels de la santé auraient une meilleure compréhension des facteurs personnels et situationnels pouvant sous-tendre le recours à l'automutilation (Kenning et al., 2010).

Bien que ceux-ci ne fassent pas l'objet d'un consensus au sein de la littérature, certains facteurs sociodémographiques seraient associés aux attitudes des intervenants à l'égard de l'automutilation dont l'âge, le genre et le nombre d'années d'expérience (Karman et al., 2015). Sousa et al. (2019) ont révélé que les agents correctionnels ayant plus de 29 ans d'expérience adoptaient davantage d'attitudes en faveur d'un traitement sévère pour les détenus qui s'automutilent (p. ex., considérer les contentions comme une option de traitement). Friedman et al. (2006) rapportent également des attitudes plus négatives chez le personnel de la santé possédant plus d'expériences, tandis que McAllister, Creedy, Moyle et Farrugia (2002) ainsi que Wheatley et Austin-Payne (2009) n'identifient aucune relation entre les attitudes et l'expérience professionnelle. Friedman et al. (2006) expliquent leur résultat par le fait que, dans leur échantillon, le personnel plus expérimenté n'avait reçu aucune formation spécifique pour traiter les patients aux prises avec une problématique d'automutilation.

En ce qui concerne le genre, Wheatley et Austin-Payne (2009) ainsi que McCarthy et Gijbels (2010) n'identifient aucun lien entre cette variable et les attitudes des intervenants envers l'automutilation, alors que de Vogel et Louppen (2016) identifient des différences entre les intervenants masculins et féminins dans leurs interventions auprès de la clientèle en milieu de psychiatrie légale. Ces auteurs révèlent notamment que les intervenants masculins se montreraient plus prudents dans leurs interventions auprès des patientes présentant des difficultés complexes (p. ex., automutilation) par crainte d'être faussement accusés d'une inconduite. Par ailleurs, une étude menée en Australie auprès de 43 infirmières œuvrant dans les services d'urgence a indiqué que les infirmières plus âgées (36 ans et plus) adoptaient des attitudes plus positives envers l'automutilation. Comparativement aux infirmières âgées de 35 ans et moins, celles-ci se montraient plus empathiques et sensibles envers les patients manifestant ce geste. Les auteurs attribuent leurs résultats aux expériences de vie et à la maturité qui, selon eux, peuvent favoriser les attitudes plus positives envers l'automutilation (McCann et al., 2007). Bien que cette étude corrobore celle de Conlon et O'Tuathail (2012) concernant l'influence de l'âge sur les attitudes, McAllister et ses collègues (2002) ainsi que Patterson, Whittington et Bogg (2007) n'identifient aucune relation entre ces variables.

Les attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation sont complexes et multidimensionnelles (McAllister et al., 2002; Patterson et al., 2007). Bien que certains débats persistent à ce sujet, des lacunes sur le plan de la compréhension des enjeux sous-tendant l'automutilation et des interventions associées seraient une entrave

importante à la mise en place de stratégies efficaces de prévention et de gestion des comportements d'automutilation (Dickinson et al., 2009; Gibb et al., 2010; Koning et al., 2018; Shaw & Sandy, 2016). Elles contribueraient également au développement et au maintien d'attitudes négatives envers ces comportements (Shaw & Sandy, 2016).

Enfin, il est possible de dégager certains constats au sein des études portant sur les attitudes des intervenants envers l'automutilation. D'abord, de manière générale, les auteurs ne présentent pas leur définition de l'attitude dans leurs recherches. L'absence d'un sens donné au terme attitude complexifie donc la compréhension de ce phénomène dans ce champ d'études. Ensuite, une disparité est observée concernant l'angle à partir duquel les recherches sont menées. Plus spécifiquement, les études s'intéressent tantôt aux attitudes des intervenants envers les personnes qui s'automutilent, tantôt aux attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation. Certaines études, par exemple Sousa et al. (2019), indiquent s'intéresser aux attitudes envers le comportement d'automutilation, mais emploient des instruments de mesure visant à évaluer les attitudes envers la clientèle qui s'automutile. Les attitudes envers les comportements d'automutilation et celles envers les clientèles qui s'automutilent semblent être traitées de manière interchangeable, alors qu'elles visent probablement des objets distincts. L'amalgame apparent du geste et de la personne qui le commet ne semble pas favoriser la compréhension des attitudes des intervenants à l'égard du comportement d'automutilation et des multiples enjeux sous-jacents.

Mesures empiriques des attitudes

Depuis les dernières années, il est possible d'observer un intérêt accru pour l'étude des attitudes envers l'automutilation. Des efforts ont notamment été déployés par les chercheurs pour développer des outils permettant d'examiner ce phénomène de manière empirique. À ce jour, le *Attitude towards Deliberate Self-Harm Questionnaire (ADSHQ;* McAllister et al., 2002) constitue l'un des questionnaires les plus utilisés pour mesurer les attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation (Rayner et al., 2019).

Le *ADSHQ* (McAllister et al., 2002) est un questionnaire autorapporté comportant 33 énoncés, lesquels évaluent, à travers une échelle de Likert de quatre points, les quatre facteurs suivants : (1) la confiance perçue dans l'évaluation et la référence de patients ayant des comportements d'automutilation; (2) la capacité à gérer efficacement les patients qui s'automutilent; (3) l'utilisation d'une approche empathique; ainsi que (4) la capacité à gérer efficacement les orientations légales et hospitalières qui régissent la pratique. Le score total varie entre 33 et 132, un score élevé indiquant une attitude plus positive envers l'automutilation. Les scores variant entre 33 et 82 reflètent une attitude négative alors que ceux variant entre 83 et 132 reflètent une attitude positive. Le *ADSHQ* présente une faible cohérence interne ($\alpha = 0,42$) lorsqu'évalué dans son ensemble, mais présente des scores acceptables pour les facteurs individuels : facteur 1, $\alpha = 0,71$; facteur 2, $\alpha = 0,74$; facteur 3, $\alpha = 0,67$ et facteur 4, $\alpha = 0,57$. Le *ADSHQ* a été validé auprès de 352 infirmiers œuvrant dans des milieux publics et privés qui ont été sélectionnés de manière

aléatoire. Bien que cet instrument ait été conçu pour évaluer ce phénomène chez les infirmiers, il est aujourd'hui utilisé auprès de différents groupes professionnels, par exemple, les psychologues (Gagnon & Hasking, 2012).

Les entrevues font également partie des instruments de mesure pour évaluer cet objet d'étude. Elles sont favorisées pour mieux saisir l'expérience subjective des intervenants, en leur permettant de verbaliser leur ressenti, de développer certains aspects examinés par les questions d'entrevue et d'ajouter des éléments qu'ils considèrent comme importants dans la compréhension du phénomène à l'étude (Koning et al., 2018; Short et al., 2009).

Bien que les auteurs s'entendent sur le fait que les attitudes envers les comportements d'automutilation sont complexes et multidimensionnelles (Karman et al., 2015; McAllister et al., 2002; Patterson et al., 2007), il est constaté que la plupart des études s'étant penchées sur le sujet ont employé un seul instrument de mesure (p. ex., questionnaire ou entrevue). D'ailleurs, les études portant sur les attitudes des intervenants envers l'automutilation sont, à ce jour, majoritairement quantitatives, ce qui peut limiter une compréhension dynamique et approfondie de ce phénomène (Koning et al., 2018), d'où la pertinence d'un devis mixte. Il semble par ailleurs crucial de porter une attention à la cohérence entre l'objet d'étude et l'instrument de mesure sélectionné.

Objectif de la présente étude

Compte tenu de l'accroissement de l'automutilation au sein des services psychiatriques et correctionnels féminins au Canada et du rôle de premier plan des intervenants dans la gestion de ce comportement, il apparaît essentiel de s'intéresser à leurs attitudes envers l'automutilation. Explorer leurs attitudes apparaît d'autant plus important du fait qu'elles auraient une incidence sur la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec les patients et, de ce fait, la prestation des soins visant leur rétablissement (McCann et al., 2007; Wheatley & Austin-Payne, 2009). L'objectif de la présente étude exploratoire est de mieux comprendre les attitudes des intervenants en psychiatrie légale envers les comportements d'automutilation exercés par leurs patientes. Cette étude apparaît d'autant plus pertinente pour pallier le manque de recherches à ce sujet dans les services de psychiatrie légale en Amérique du Nord.

Pour ce faire, une méthode mixte a été privilégiée afin de mieux saisir les différentes facettes de ce phénomène et de mieux rendre compte de la complexité de celui-ci. Plus précisément, 18 intervenants œuvrant à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel auprès d'une clientèle féminine ayant des comportements d'automutilation ont répondu au questionnaire *ADSHQ* (voir Appendice A). Parmi ceux-ci, 16 intervenants ont participé à une entrevue semi-structurée visant à approfondir leur vécu. S'inspirant de la Technique de l'incident critique (Leclerc, Bourassa, & Filteau, 2010), les participants étaient, dans un premier temps, invités à réfléchir à une situation qui avait été difficile pour eux lorsqu'ils ont été appelés à intervenir auprès d'une femme qui s'était automutilée

et, dans un second temps, à réfléchir à une situation qui avait été positive pour eux lors d'une telle intervention (voir Appendice B). Ces entrevues avaient pour but de les inviter à réfléchir plus librement à leur expérience, ainsi qu'à approfondir leur ressenti et leur vécu à partir d'une situation réelle et perçue comme significative. Il est à préciser que tous les participants ont offert leur consentement écrit de manière libre et éclairée (voir Appendice C) et qu'ils ont également répondu à un questionnaire sociodémographique (voir Appendice D).

L'originalité de notre étude repose sur le fait qu'à notre connaissance, elle constitue la première étude au Québec, voire au Canada, à s'intéresser aux attitudes des intervenants en psychiatrie légale envers les comportements d'automutilation manifestés par une clientèle féminine. L'utilisation d'un devis mixte contribue également au caractère novateur de notre étude en plus de pallier une lacune dans la littérature.

Dans la prochaine section, l'article intitulé « Attitudes of forensic psychiatric staff to self-harm behaviors of their female patients », qui sera soumis pour fins de publication à la revue *International Journal of Forensic Mental Health*, sera présenté.

Article scientifique

Attitudes of forensic psychiatric staff to self-harm behaviors of their female patients

**Attitudes of forensic psychiatric staff to self-harm behaviors
of their female patients**

Daphné O'Hara^a, João Da Silva Guerreiro^b and Julie Lefebvre^a

^a Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières

^b Department of Psychology, Université du Québec à Montréal and Mental Health Unit
for women serving a federal sentence (Unit F-1), Institut national de psychiatrie légale
Philippe-Pinel, Québec, Canada

Correspondence concerning this article should be addressed to Daphné O'Hara.

Email: daphne.ohara@uqtr.ca

Author note: We have no conflict of interest to disclose.

Abstract

Self-harm poses a major challenge to correctional and forensic services, especially for women offenders whom it is reported to be highly prevalent. Even though staff play an important role in managing self-harm, few studies have evaluated their attitudes to this behavior. In order to understand the attitudes of staff to women's self-harm, 18 staff members working in a forensic psychiatric hospital responded to the *Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire*. Sixteen of them participated in semi-structured interviews designed to explore their experience in depth. The staff members presented, on the one hand, positive attitudes expressed as empathy, sensitivity, and positive feelings and, on the other hand, negative attitudes expressed in the form of preconceived ideas and negative feelings. Our study supports the importance of both professional support and training for staff who are exposed to this type of behavior. Clinical and research implications are discussed.

Keywords: attitudes, staff, self-harm, women offenders, forensic psychiatry

Correctional and forensic services are preoccupied with the problem of self-harm, especially as it affects women offenders (Chamberlen, 2016; Selenius & Strand, 2017). Dixon-Gordon et al. (2012) in their systematic literature review revealed a 10 to 18% prevalence of self-harm among women in a forensic psychiatric context. A Canadian study in a correctional context demonstrated that up to 41% of detained women adopted self-harm behaviors (Power et al., 2013). In the present research, self-harm behaviors refer to any actions done by a person with the goal of injuring herself but without suicidal intention (McAllister et al., 2002).

Self-harm is an important issue because it has an impact on the security and well-being of both clientele and staff (Power et al., 2013; Power & Usher, 2010). Several negative repercussions have been documented among staff members who had to deal with self-harm (Marzano et al., 2013; Walker et al., 2017), including an increased risk of professional burnout and secondary traumatic stress (Power & Usher, 2014). Staff working with people who engage in self-harm also experience more negative emotions during their interventions, such as anxiety, feelings of powerlessness, irritability, frustration, anger (Karman et al., 2015; Saunders et al., 2012; Shaw & Sandy, 2016). These emotions may have a negative influence not only on their psychological well-being, but also on the quality of their interventions with the clients who display self-harm behaviors (Marzano et al., 2012; McGough et al., 2021; Rayner et al., 2019). The attitudes of staff to these behaviors may also affect the quality of their relations with patients and, consequently, the effectiveness of patients' care and recovery (Rayner et al., 2019).

According to Rosenberg and Hovland (1960), such attitudes can be defined as affective, cognitive, or behavioral response of a staff member to self-harm behaviors.

A number of authors have observed the frequency of negative attitudes among staff working with people who present self-harm behaviors (McAllister et al., 2002; Saunders et al., 2012), while others have reported both positive and negative attitudes (Gibb et al., 2010; Karman et al., 2015). A qualitative study consisting of interviews and focus groups conducted in England by Sandy and Shaw (2012) revealed, notably, that nurses working in high-security institutions presented both kinds of attitudes to self-harm. Their interventions in response to self-harm were sometimes characterized by favourable attitudes (acceptance, optimism, engagement, partnership working) and sometimes by unfavourable attitudes (indifference, rigid-authoritative approach, labelling and prejudice). Many studies have also revealed a tendency among staff to think of this behavior as a form of manipulation exercised by detainees and patients in forensic psychiatry (Karman et al., 2015; Sandy & Shaw, 2012; Smith et al., 2019).

Although there is not a consensus on this matter within the literature, certain sociodemographic indicators are associated with the attitudes of staff to self-harm; they include age, sex, and number of years of experience (Conlon & O'Tuathail, 2012; Karman et al., 2015). A study conducted by McCann et al. (2006) suggested that older and more experienced nurses held more positive attitudes towards self-harm patients. O'Connor and Glover (2017) proposed that it would be preferable to concentrate on the way in which

staff engage with the relational issues of their patients rather than examining staff members' sociodemographic background. Nevertheless, the studies are in agreement about the association between a lack of training for staff and negative attitudes to self-harm (McHale & Felton, 2010; Shaw & Sandy, 2016). Gaps in understanding the issues that underlie self-harm and the associated interventions comprise a major constraint on the implementation of effective preventive strategies and the management of self-harm behaviors (Gibb et al., 2010; Koning et al., 2018; McGough et al., 2021). They also contribute to the development and maintenance of negative attitudes to these behaviors (Shaw & Sandy, 2016). Although self-harm is the primary focus of this study, it is important to be aware that individuals who self-harm are at an increased risk of violence towards others. Recent studies have shown that self-harm behavior was a predictor for inpatient other-directed violence, also when controlled by other predictors (Selenius et al., 2016; Verstegen et al., 2020), which adds to the complexity of managing self-harm behaviors.

At present, most of the studies on the attitudes of staff dealing with self-harm behaviors have been done with hospital personnel, chiefly nurses, working in emergency (Gibb et al., 2010; McCarthy & Gijbels, 2010; Rayner et al., 2019) and have been limited to one geographic region, the United Kingdom (Marzano et al., 2013; McCarthy & Gijbels, 2010; Shaw & Sandy, 2016; Walker et al., 2017). The phenomenon of self-harm is underexplored in forensic psychiatric services (Wheatley & Austin-Payne, 2009) and even less so in North America, where incidents of self-harm have quadrupled in Canadian

women's correctional services over the last decade (Zinger, 2018). Furthermore, past studies mostly employed only a single kind of measurement, even though the authors of these studies recognized that attitudes to self-harm behaviors are complex and multidimensional (McAllister et al., 2002).

The goal of the present exploratory study is to better understand the attitudes of forensic psychiatry staff to the self-harm behaviors of their female patients. These attitudes were explored by means of both a questionnaire and a semi-structured interview designed to explore more deeply staff members' experience in their professional practice. The analysis of the results from these two approaches in the study will lead us to a reflection on the impact self-harm has on the care team and the practices projected to manage this behavior.

Methodology

In order to address the goal of this study, a mixed-methods approach was chosen. The advantage of such a methodology is its ability to collect perspectives, thus providing a reading based on the data from instruments designed to objectivate various dimensions of the same phenomenon being studied and also benefiting from the views of those involved in that phenomenon (McEvoy & Richards, 2006).

Setting

The study took place at the Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (INPLPP), a high-security psychiatric hospital in Canada. Data collection was done in the Mental Health Unit for women serving a federal sentence (Unit F-1). Partnered with the Correctional Service of Canada, this unit can receive on a voluntary basis fifteen women from five Canadian penitentiaries for the assessment, treatment, and stabilization of their mental health. A multidisciplinary team is responsible for the daily care of the patients. The team consists of nurses, psychiatrists, psychologists, criminologists, a coordinator, specialized educators, and staff specialized in pacification and security.

Participants

The sample comprised 18 staff members (8 women and 10 men) working in INPLPP's Unit F-1. The criteria for inclusion were to be working for at least 24 hours a week and to be working or to have worked with women displaying self-harm behaviors. The single exclusion criterion was to feel discomfort in discussing the subject of self-harm and with work experiences involving this behavior. All the recruited staff members who fulfilled the inclusion criteria expressed an interest in participating in the study. No participant was excluded.

The sample was drawn from five professional groups: Specialized educators, nurses, psychologists, criminologists, and specialists in pacification and security. The average age of the participants was 34.72 years ($SD = 9.45$ years). On average, they worked

38.28 hours per week ($SD = 6.01$ hours) in Unit F-1 and had accumulated 7.97 years' experience ($SD = 5.80$ years) in the INPLPP. Furthermore, they worked on average 6.14 hours ($SD = 1.71$ hours) directly with the clientele per shift. Their education level varied from high school and college diplomas to university degrees (certificates, bachelor's, master's, and doctoral).

Instruments

The *Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire* (ADSHQ) (McAllister et al., 2002) was administered to the staff to determine their attitudes to self-harm. This self-reporting questionnaire contains 33 statements that assess on a 4-point Likert scale the following four factors: (1) perceived confidence in the assessment and referral of deliberate self-harm clients, (2) dealing effectively with deliberate self-harm clients, (3) empathic approach, and (4) ability to cope effectively with legal and hospital regulations that guide practice. The total scores varied between 33 and 132, the higher scores indicating a more positive attitude to self-harm. Scores between 33 and 83 reflected a negative attitude, while those between 83 and 132 reflected a positive attitude (McAllister et al., 2002). We obtained permission from the principal author of the questionnaire to translate it into French and use it.

For the French translation, we used the "translation/retranslation" method (Weeks et al., 2007). This method was preferred to increase the validity of the instrument compared to a single translation (Weeks et al., 2007). Briefly, the "translation/retranslation" method

involves doing a first translation into the target language by a bilingual translator who is independent from the study. Then, a second translator, likewise independent from the study, retranslates the translated questionnaire back into the original language. The two versions are then compared to identify discrepancies; and if any are found, they are discussed to reach a consensus on the translation (Weeks et al., 2007).

Individual semi-structured interviews were also conducted with staff members to deepen our understanding of their attitudes to their patients' practice of self-harm. Through use of the Critical Incident Technique (Leclerc et al., 2010), the participants were initially invited to reflect on a situation that had been difficult for them when they were called upon to intervene with a woman who was harming herself. In the second instance, they were asked to reflect on a situation that had been positive for them in this kind of intervention. The objective of these interviews was to invite the staff members to reflect freely on their experiences as well as to explore more deeply their feelings and reactions during a major real situation. The sampling size of the qualitative component was determined by the saturation point of the data, that is, when the collected data provided us with no new information about the object of our study (Bowen, 2008).

Finally, a sociodemographic questionnaire (age, sex, etc.) was given to the participants to help us describe better our sample and to allow us to perform correlational analyses with the results obtained from the ADSHQ.

Procedure

This study was approved by the relevant research ethics committees. Staff members were invited to participate in the study when the main researcher gave a presentation on it during a team meeting. Their participation was free and voluntary, and their written consent was obtained. The data was collected during their working hours. The staff members participated in individual meetings of about 45 minutes with the study's main researcher. During these meetings, they were invited to fill in the ADSHQ, to respond to the interview questions, and to fill in the sociodemographic questionnaire. All the staff members answered the questionnaires; and when data saturation had been reached (Bowen, 2008), sixteen of them took part in the qualitative component of this study, the semi-structured interview.

Data analysis

The participants' sociodemographic data underwent objective descriptive analyses (mean, standard deviation, etc.) through the use of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics, version 25. Pearson correlations then determined if there was a significant statistical relation between the continuous sociodemographic variables (e.g. education, age) and the scores obtained on the ADSHQ. Mean analyses (*t*-test for independent samples, hypothesis of unequal variances) validated by the Mann-Whitney U tests (independent samples) enabled us to explore the presence of significant differences in attitudes revealed by staff members according to certain sociodemographic characteristics.

The interviews were recorded and transcribed by the first author. They were then analyzed with help from the NVivo 12 program for treating qualitative data. They were first analyzed according to the content analysis method, which has three stages: (1) pre-analysis, (2) treating the material, including operationalisation of categories and coding, and (3) data processing, interpretation, and inference (Wanlin, 2007). The final stage consisted of presenting the themes, subthemes, and related verbatim comments in a visual chart for a final analytical narrative. All the researchers reviewed and discussed the findings to an overall agreement.

Results

ADSHQ. Given the small sample size, the Cronbach's alpha coefficients of the ADSHQ and its factors are presented for illustrative purposes. Results from the questionnaire have acceptable reliability ($\alpha = .57$). Factors 2 ($\alpha = .75$) and 3 ($\alpha = .77$), namely dealing effectively with deliberate self-harm clients and empathic approach, respectively, have satisfactory reliability. However, factors 1 ($\alpha = .50$) and 4 ($\alpha = .32$), namely perceived confidence in the assessment and referral of deliberate self-harm clients and the ability to cope effectively with legal and hospital regulations that guide practice, have low reliability.

Overall, the participants showed a positive attitude to the self-harm behaviors of their patients ($M = 96.83$, $SD = 5.50$). In fact, on the questionnaire's scale of 1 to 4 (1 = *strongly disagree*; 4 = *strongly agree*) and following the inversion of the questions, posed

negatively, the participants responded with a mean of 2.93 ($SD = .17$) to the whole set of questions. Similarly, the staff were confident in their ability to assess and refer the self-harming patients (factor 1: $M = 3.15$, $SD = .21$), to deal effectively with women who practise self-harm (factor 2: $M = 2.83$, $SD = .41$), to promote an empathetic approach with them (factor 3: $M = 3.24$, $SD = .30$), and to cope effectively with legal and hospital regulations that guide practice (factor 4: $M = 2.64$, $SD = .30$).

The level of education also played a role in the confidence of staff about their confidence to assess and refer adequately patients who practise self-harm (factor 1). Those who had studied at university had more confidence in their assessment abilities in comparison to those with high school or college diplomas (average for factor 1 questions: 3.5 vs 3.00, $p = .02$). The number of years of experience in their work environment was associated positively with the capacity to deal effectively with women who practise self-harm. ($r = .64$, $p < .01$). It was also observed that the most experienced staff had less of a sense that dealing with self-harming patients was a waste of time for health professionals ($r = -.47$, $p = .05$). They also had a greater sense of having the requisite knowledge in counselling ($r = .66$, $p < .01$) as well as in communication skills ($r = .53$, $p = .03$) to help patients who practise self-harm.

Conversely, the fact of working more hours per week at the hospital would reinforce the impression that there is no way to help self-harm patients to solve some of their

problems ($r = .74, p < .01$) and would lead staff to adopt a less empathetic approach to their clients (Factor 3, $r = -.48, p = .04$).

Semi-structured interviews. Six themes were identified from the qualitative analyses of the interviews: (1) staff members' perceptions on how to assess self-harm behaviors, (2) perceptions about the function of self-harm behaviors, (3) the impact self-harm has on the staff and the unit, (4) the feelings experienced by staff members in relation to self-harm behaviors, (5) strategies used to create a distance from the feelings experienced, and (6) facilitators and barriers in the management of self-harm behaviors.

Staff members' perceptions on how to assess self-harm behaviors. According to staff members, there could be a variation in terms of the perceived seriousness of acts of self-harm. Staff would make a personal assessment of self-harm behavior based on subjective criteria.

“If I see [a new element in the self-harm behavior] that is not part of the usual habits, then, in fact, I am going to think it is more serious.”
(Participant 10)

In this comment, the staff member is saying that he assesses the seriousness of the act according to the usual self-harm behaviors adopted by the patients. In this way, the act appears to him more serious because it can be distinguished from self-harm behaviors adopted in the past.

“You have to see above it, in the sense that sometimes it’s the frequency and the intensity of the self-harm. I mean that if at the end of the year, the patient has self-harmed 12 times instead of 24, well that’s it.”
(Participant 8)

In this comment, the staff member is assessing the self-harm behavior in line with the trajectory of the patient’s treatment by considering the evolution of the patient’s stay in the hospital.

Perceptions about the function of self-harm behaviors. This theme describes staff members’ understanding of the elements that lead a patient to self-harm. It can be divided into three subthemes, any or all of which the same staff member could hold: (1) emotional regulation, (2) communication of needs, and (3) manipulation.

Emotional regulation. Most of the participants suggested the idea that engaging in self-harm is intended to regulate negative emotions.

“You know that she is not doing so well and that it’s her way of dealing with her things. That’s her way of doing it...by self-harm.”
(Participant 8)

In this comment, the staff member indicates that the self-harming patient does not possess the internal resources necessary to articulate verbally her feelings and to tolerate the discomfort; hence, she tries to find a way of acting that will provide some relief for her sources of psychological distress.

Communication of needs. A fair number of staff mentioned that self-harm is designed to communicate a situation of psychological distress to others.

“It was because she was in a state of emotional stress, that she [description of the act of self-harm],¹ she did what you certainly wouldn’t do when you’re relaxed and everything is going well in your life. You understand what it is; it’s a call for help.”
(Participant 10)

According to this comment, the staff member thinks that the act of self-harm is designed to communicate a need to the treatment team in a context in which the patient is experiencing an overload of emotions.

“... the fact that she blamed us for it, well, at some point, it certainly makes you think; but after the fact, you’re able to separate things out and say, ‘Well no, she said that because she wants us to feel bad and she wants us to take care of her.’”
(Participant 10)

Here, the staff member indicates that the patient tried to make the staff member feel guilty by projecting responsibility for the act of self-harm onto the staff.

Manipulation. Several staff members observed that using self-harm was a kind of manipulation designed to obtain a secondary benefit, such as being transferred to another location or attracting the staff’s attention.

“Because, you know, the patient often wants to go to the hospital—that’s her goal. That’s it, her ultimate goal; she wants to get out. If [description of the self-harm behavior], well then it’s the hospital for sure; she’s going to be sent to the hospital.”
(Participant 3)

¹ Given the limited number of patients in the care unit and the possibility of identifying them by the nature of the acts committed, the authors decided to suppress any information that might identify them to preserve the patients’ confidentiality.

It seems from this comment that, for the staff member, the patient practised self-harm to get a change of location; the act thus has a utilitarian aspect. When this intention to go to the hospital was brought up by the interviewees, it referred to patients who were seeking strategies to manage self-harm that required medication. A transfer to another hospital where they would be less well known would facilitate access to narcotics.

“Or ‘So, you didn’t want to do what I asked you?’ Very well, then and there, they take something or try to strangle themselves in front of you.”
(Participant 13)

In this comment, the staff member describes the self-harm behavior as a reprisal for the team’s refusing to deal with requests made by the patients.

The impact self-harm has on the staff and the unit. Many staff members reported being affected by at least one incident of self-harm that they had witnessed. A fair number of them reported emotionally charged memories connected with the event. The disorganization of the unit following an incident of self-harm also had a notable impact on several of the staff.

Memories connected with the event. Most of the staff reported emotionally charged memories relating to a self-harm behavior they had witnessed or in which they had intervened. One aspect that marked their stories pertains to the sensory dimension of these memories, either the visual impression made by the act committed or the sounds heard during it. For some staff, these memories dated back a number of years, thus testifying to the impact such an exposure can have on the emotional level.

“I don’t remember before it; what really remained in my memory were the images
[description of the self-harm behavior].”
(Participant 11)

“When she was angry, she [description of the self-harm behavior].” It’s that, the
sound, that still vibrates in my head.” (Participant 13)

These two statements illustrate that the impression left with the two interviewees was especially marked by its visual and auditory sensations, leaving a lasting memory.

Impact on the unit as a whole. Some of the staff interviewed described the impact of self-harm acts on the other patients in the unit. The disorganization of the unit, which produced a fragile mental state in the other patients, was noted in this context.

“And the other patients when they see a situation like this, they go, ‘Hey, I’m here, I’m here, you know. Stop it, she wants to die, you know, let her die. Me, I want to live, can anyone, you know, look at me, you know?’ So that’s what often happens. They ask for PRNs, they ask for meetings, and it gets overwhelming. But, you know, sometimes you are trying to manage yourself, and then you have to look after the patient who needs to ventilate ...”
(Participant 12)

“This kind of event leads to a complete disorganization of the group ... even the staff.”
(Participant 6)

These two staff members are describing the way in which certain incidents of self-harm can have a major impact on the life environment of the patients, affecting both the patients who were not directly involved in the incident and well as the team treating them.

The feelings experienced by staff members in relation to self-harm behaviors.

This theme focuses on both the negative and positive feelings experienced by staff in relation to a self-harm incident.

Negative feelings. The negative feelings reported by staff members when they were called to intervene with women offenders engaged in self-harm varied, but included powerlessness, frustration, guilt, lack of understanding, a sense of failure, discouragement, fear, a feeling of uselessness, etc. It should be stressed that different negative feelings were expressed by almost all the participants, but the feeling of powerlessness was the one that was repeatedly mentioned.

“Well, I feel useless, you know. We try and it doesn’t work. She keeps on repeating the same action. And at some point, we wonder if there is anything that can be done for this patient. Is there anything that can help in the end?”
(Participant 3)

In this sharing, the staff member expresses his feeling of powerlessness in the successive interventions with this patient. This feeling can eventually lead to more general questions about the usefulness of his interventions with the self-harming patient. Lack of understanding was another recurrent feeling among the interviewees.

“...Self-harm is difficult to understand, you know. I don’t understand how anyone could [description of the self-harm behavior]; but, you know, sometimes it helps them ...”
(Participant 2)

This comment shows how the respondent finds it inconceivable how such an action could benefit him if he were to do it.

Positive feelings. Only a few of the staff stated that they had experienced positive feelings during their work with self-harming patients. Even though they were not frequent or numerous, feelings of hope, pride and usefulness were reported by some staff members.

“The fact that it [the intervention to stop the self-harm behavior] worked a second time, I think made us and the patient proud. I said to myself that we as a team succeeded”
(Participant 2)

In this comment, the respondent associates the pride shared by the patient and the staff members with their ability to intervene as a team along with the patient to stop the self-harm behavior.

Strategies used to create a distance from the feelings experienced. To come to terms with a self-harm incident and the various feelings associated with it, the majority of the staff members seemed to have strategies designed to distance themselves from them. Three of these strategies appeared to us to be the most prominent: (1) inhibition of the emotional responses provoked by the self-harm incident, (2) desensitization, and (3) rationalization.

Inhibition of the emotional responses provoked by the self-harm incident. Several staff members expressed their tendency to inhibit their feelings as a reaction to what happened in self-harm incidents.

“So, it involved more professionalism (...) not to appear that it affected us, because you don’t want to give that impression. You don’t want to have either a negative or a positive reaction when confronted with that. You have to be neutral.”
(Participant 13)

In this comment, the staff member is associating the expression of feelings in response to self-harm behaviors with a lack of professionalism. For this respondent, neutrality, conceived of as an absence of emotional response to self-harm behaviors, should be privileged.

“Wow, it’s still fucked up, what we saw there; it’s still traumatic.’ And now I’m stuck, I left work, and I didn’t really talk about it more than that. (...) ‘Okay, I’m going to sleep on it.’ I’m going to wake up the next day and we’ll go back”
(Participant 11)

This staff member recognized the strong emotional impact created by the self-harm act and the potentially traumatic character of it. He also seems sensitive to the negative repercussions of not talking about it with the team. In spite of the feelings about this event that stay with him, this staff member keeps on with his usual professional activities.

Desensitization. Desensitization was noted by several staff members who had become accustomed to self-harm behaviors.

“It’s an abnormal situation, but it becomes normal over the years. You learn to grow a shell, and you get over it.”
(Participant 16)

This comment illustrates the idea conveyed by several respondents that in order to pursue their professional activities, they would have to distance themselves from the feelings evoked by these acts. The idea that this distancing is a self-care strategy that allows one to continue to work without appearing to be affected by negative feelings also seems to be present in this comment.

Rationalization. Certain staff members mentioned that they had recourse to rational explanations to continue their professional activities with the clientele after an act of self-harm.

“I’m able to cut off my emotions, and then it’s Cartesian reasoning that takes over, steps 1, 2, 3, 4, 5, and then it all becomes clear in my head what has to be done. Doing that has helped, in the sense that I didn’t feel like I was losing it.”
(Participant 9)

Here, the staff member is saying that temporarily cutting off his emotions by reflecting rationally in highly charged emotional situations enabled him to intervene effectively with patients.

Facilitators and barriers in the management of self-harm behaviors. The staff reported certain facilitators and certain barriers during interventions with self-harming patients. Among the facilitators were teamwork and professional experience, and among the barriers were administrative tasks vs ground-level management, lack of professional support, and lack of training.

Facilitators.

Teamwork. Teamwork was mentioned as a helpful, indeed crucial facilitator by all the participants.

“Well, facilitating, helping, that’s the team we are. Basically, it’s the fact of the support we bring to each other, you know.”
(Participant 1)

“It was a positive experience in the sense that the whole team came to see me with support afterwards, saying, ‘Are you all right?’ ‘Okay?’ ‘Are you able to go on?’ You know, the team was really there to support me.”
(Participant 9)

According to these two participants, caring for one another and being able to count on their colleagues in the most difficult circumstances were decisive factors in overcoming the challenges posed by self-harm behaviors.

The complementarity of training of the staff members comprising the team was also stressed as a helpful element by several participants.

“... but in a situation like that, it’s a team matter, and that helps in dealing with it, to talk about it as a team, because each person has different information or sees it through a different lens.”
(Participant 5)

Benefiting from different professional perspectives on self-harm events, according to this staff member, could lead to a better understanding of the patients’ way of functioning. The wealth of these moments of multidisciplinary team exchange with respect to professional development is also alluded to in this last comment.

Professional experience. A number of staff members indicated that having experience dealing with the management of self-harm behaviors was a facilitator.

“I had never been confronted with [self-harm] before. Therefore, it was a matter of learning how to intervene. There’s nothing better than experience, actually.”
(Participant 10)

“I learned a great deal from experience, by watching my colleagues.”
(Participant 13)

Being more at ease with their interventions due to accumulated experience with people who practise self-harm was noted by these staff members, for whom modelling seems to be an effective learning strategy.

Barriers encountered during self-harm incidents. Other factors, however, were described as barriers to interventions during self-harm incidents.

Administrative tasks vs ground-level management. Several staff members observed that having to respect certain administrative tasks interfered with their intervening during a self-harm incident. For example, being required to enter the information into the patient's file was mentioned by some staff members.

“Again, there's this: you have the entire situation to manage when self-harm occurs. Throughout all that, you are trying to take notes that are accurate and reflect the situation as precisely as possible; but it's difficult to do, since you still have the whole floor to look after and the other patients who are there.”
(Participant 11)

Here, the staff member is describing the conflict in which he finds himself having to respond to the administrative requirements by documenting the event in the patient's file while continuing to manage the act of self-harm that could have an impact on the other patients in the unit whose mental state could become more fragile.

Lack of professional support. Several staff members noted the importance of receiving professional support as a team following a self-harm incident.

“... the patients, they get a follow-up; but we are referred to the employees’ aid program, and all that. But couldn’t we as a team have a tool so that we could talk together about what we experienced, you know, the weight of certain situations.”
(Participant 12)

This comment illustrates a perceived disparity on the part of the staff between the help available to the self-harming patient and the paucity of resources offered to the team that itself has needs related to self-harm incidents. Among the strategies to help the team, the staff members stressed the importance of finding a space where they could articulate their feelings brought to the fore by self-harm incidents.

Lack of training. Lack of training was identified as a major issue by practically all the participants interviewed. Several staff members reported not feeling fully equipped or confident in their skills when dealing with self-harming patients. The majority of staff expressed a need to receive more training on this matter, referring among others to the specific needs of this clientele.

“Yes, it is mentioned in our training, we know that self-harm exists; but concretely, we don’t know which particular intervention to make. What do we say to those people? You know, you just can’t say, ‘Everything is going to be all right.’”
(Participant 6)

“I really need more specialized training in this kind of situation to feel more at ease in understanding what is happening.”
(Participant 5)

In these comments, the staff members bring up the gaps in their theoretical and practical knowledge when it comes to intervening in an appropriate manner in cases of self-harm as well as their need to receive more specific training on the matter.

“Coaching is extremely important on the level of understanding the act, even if you are not necessarily going to understand it all the time. (...) If only there were coaching, if only there were a little more support, especially with clients with borderline personality disorder; coaching is essential.”
(Participant 16)

If some staff members were supplementing their need for training through self-directed learning (reading, online resources), many were targeting their need for training more specifically. For example, Participant 16 emphasized the importance of benefiting from supervision in order to see meaning in the acts of self-harm by patients with personality disorders that might otherwise be difficult not only for him but also for the other members of the team to understand.

Discussion

The primary goal of this exploratory study was to better understand the attitudes of staff members in forensic psychiatry to the self-harm behaviors practised by some of their patients. To carry out the study, 18 staff members working in the forensic psychiatry context responded to the *Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire* (ADSHQ). Sixteen of them were invited to participate in a semi-structured interview designed to get a deeper understanding of their professional experience in relation to self-harm incidents. The data collected are consistent with those of previous studies on the adoption of positive and negative attitudes to self-harm behaviors (Gibb et al., 2010; Karman et al., 2015). In the present study, these attitudes reflect, on the one hand, empathy, sensitivity, and positive feelings and, on the other hand, preconceived ideas and negative feelings experienced during interventions. The validation by the staff members

in the present sample of the attitudes described in the ADSHQ illustrates the complexity of this phenomenon and the ambivalence of the treating team, and this was the object of this study. Multiple mutually interacting factors appear to be associated with attitudes on self-harm: personal factors (perceptions, personal experience, etc.), professional factors (education, number of years of experience, etc.), and organizational factors (workload, team support, training, and supervision). As in some previous studies done with the ADSHQ, the participants' level of education and number of years of experience were found to be helpful factors for staff members called upon to work with self-harming patients (McCarthy & Gijbels, 2010; Perboell et al., 2015). Nevertheless, since professional experience has been a matter of debate in the scientific literature (Karman et al., 2015), it would be interesting to explore it further to understand the processes that underlie staff members' attitudes.

The semi-structured interviews identified teamwork as an important lever in interventions with people who practise self-harm (Humber et al., 2011). Conversely, lack of training was highlighted as a major issue by almost all the participants. Thus, our study is consistent with the previous ones that suggest that access to training would improve the knowledge and understanding of staff responding to self-harm (Gibb et al., 2010; Koning et al., 2018). The care team's feeling of self-efficacy, nourished by training on self-harm and the personality problems that underlie it, could be associated with the adoption of more positive attitudes to self-harm (McCarthy & Gijbels, 2010; Rees et al., 2014; Shaw & Sandy, 2016). Several authors have suggested the use of teaching methods that go

beyond information sharing by integrating reflective and interactive components in training. To do this, group discussions, role play, and critical analyses of incidents are encouraged (Karman et al., 2015; Shaw & Sandy, 2016). It is essential that future training be adjusted to the targeted needs of staff members, as the present research documents in relation to the team studied.

Even though the staff in this study were generally empathetic to the self-harm behaviors of the patients, negative feelings were varied and prevalent among staff members, as revealed in a number of previous studies (Karman et al., 2015; Saunders et al., 2012). The qualitative part of this research provides evidence that self-harm not only has a strong impact on the person performing it but also on that person's peers and the care team. It could be observed that these behaviors occurred within a therapeutic relation that appeared to be strongly undermined by acts of self-harm. Important challenges on the part of staff were identified, among them the effectiveness of their interventions and the attribution of responsibility for these acts to themselves (the staff member and the team) or to the self-harming patient.

Avoidance strategies were used by staff to deal with feelings created by acts of self-harm. For some staff members, the justification for this was the association between the expressions of feelings and a lack of professionalism. The use of these kinds of strategies has been identified by several studies (Marzano et al., 2013; Smith et al., 2019; Walker et al., 2017). This aspect should be addressed in future initiatives for multidisciplinary teams,

especially by encouraging the creation of a space where staff members could articulate the experiences that had an emotional impact on the team, as suggested by several participants in our study. Several staff members reported having been affected by at least one self-harm incident, which is a reminder of the potentially traumatic character of exposure to this kind of behavior. Furthermore, O'Connor and Glover (2017) emphasize the importance of debriefing meetings and point out that they can not only improve the well-being of staff but also relations with the patients. Team reflection on systemic issues (e.g. the impact on other patients, the role of the care team or the institution where care is given) and individual issues (e.g. issues related to personality disorders and their management) following self-harm incidents could promote the adoption of better management practices for these behaviors (McAllister et al., 2002; Wheatley & Austin-Payne, 2009). Clinical supervision is also an important resource to enable staff to deal with their professional challenges in a safe environment, and to enhance therapeutic interventions when working with patients who self-harm (McAllister et al., 2002; Rayner et al., 2019).

Strengths and limitations

The data were collected in a single institution, which limits the generalization of the results obtained in relation to other intervention settings. It should be noted, however, that this institution belongs to those in Canada with unique expertise in forensic psychiatry, an environment in which self-harm behaviors would be especially prevalent. We therefore speculate that the challenges in managing self-harm behaviors identified in this study

would also be present in care environments that are less specialized. Even though the sample size was considered satisfactory to attain saturation for the qualitative data, it is minimal for the quantitative part. Therefore, careful interpretation is warranted.

The administration of the ADSHQ revealed that professionals with higher education in our sample reported higher levels of self-efficacy when working with self-harm patients. These differences were, however, not corroborated during the interviews, probably due to the disparate number of participants per group of professionals. More studies are needed to better understand the differences in attitudes across different groups of professionals. Considering that the research participants were members of the same treating team, social desirability may also account for the relative homogeneity of opinions despite the fact that the interviews were conducted individually.

For the strengths of the present study, it should be noted that the mixed-methods approach enabled a better understanding of staff members' attitudes to self-harm behaviors and their impact on various aspects of their work environment, such as the barriers to a more effective management of these behaviors. Finally, this research allows a better comprehension of the needs of care teams, including the need for training and professional support related to self-harm behaviors. The exploration of the patients' perspective on these behaviors seems to be a promising avenue for future research to throw more light for clinicians and researchers on these very complex behaviors (Kenning et al., 2010).

Conclusion

Self-harm behaviors in the context of forensic psychiatry have major repercussions not only on the patients concerned but also on the staff working with them. Such behaviors are also capable of affecting the therapeutic relation and seem to have an important influence on the organization of the care environment (e.g. the peers of the self-harming patients and the ability of the team to manage these behaviors). The present study of staff members' attitudes, which consists of both a quantitative part and a qualitative part, allows a better understanding of these high-impact behaviors by identifying best practices with patients who engage in self-harm. The identification of staff attitudes in relation to self-harm behaviors contributes to the current discussion in the scientific literature on the importance of assisting staff who work with these potentially trauma-inducing behaviors.

References

- Bowen, G. A. (2008). Naturalistic inquiry and the saturation concept: A research note. *Qualitative Research*, 8(1), 137-152. doi: 10.1177/1468794107085301
- Chamberlen, A. (2016). Embodying prison pain: Women's experiences of self-injury in prison and the emotions of punishment. *Theoretical Criminology*, 20(2), 205-219. doi: 10.1177/1362480615595283
- Conlon, M., & O'Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3-13. doi: 10.1016/j.ienj.2010.08.001
- Dixon-Gordon, K., Harrison, N., & Roesch, R. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(1), 33-50. doi: 10.1080/14999013.2012.667513
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 713-720. doi: 10.3109/00048671003671015
- Humber, N., Hayes, A., Senior, J., Fahy, T., & Shaw, J. (2011). Identifying, monitoring and managing prisoners at risk of self-harm/suicide in England and Wales. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(1), 22-51. doi: 10.1080/14789949.2010.518245
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75. doi: 10.1111/jpm.12171
- Kenning, C., Cooper, J., Short, V., Shaw, J., Abel, K., & Chew-Graham, C. (2010). Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(4), 274-284. doi: 10.1002/cbm.777
- Koning, K. L., McNaught, A., & Tuffin, K. (2018). Emergency department staff beliefs about self-harm: A thematic framework analysis. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 814-822. doi: 10.1007/s10597-017-0178-8
- Leclerc, C., Bourassa, B., & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Éducation et francophonie*, 38(1), 11-32. doi: 10.7202/039977ar

- Marzano, L., Adler, J. R., & Ciclitira, K. (2013). Responding to repetitive, non-suicidal self-harm in an English male prison: Staff experiences, reactions, and concerns. *Legal and Criminological Psychology*, 20(2), 241-254. doi: 10.1111/lcrp.12025
- Marzano, L., Ciclitira, K., & Adler, J. (2012). The impact of prison staff responses on self-harming behaviours: Prisoners' perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-18. doi: 10.1111/j.2044-8260.2010.02007.x
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586.
- McCann, T., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 4-10. doi: 10.1016/j.aen.2005.10.005
- McCarthy, L., & Gijbels, H. (2010). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International Emergency Nursing*, 18(1), 29-35. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.005
- McGough, S., Wynaden, D., Ngune, I., Janerka, C., Hasking, P., & Rees, C. (2021). Mental health nurses' perspectives of people who self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 62-71. doi: 10.1111/inm.12814
- McEvoy, P., & Richards, D. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 66-78. doi: 10.1177/1744987106060192
- McHale, J., & Felton, A. (2010). Self-harm: What's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 732-740. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01600.x
- O'Connor, S., & Glover, L. (2017). Hospital staff experiences of their relationships with adults who self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 480-501. doi: 10.1111/papt.12113
- Perboell, P. W., Hammer, N. M., Oestergaard, B., & Konradsen, H. (2015). Danish emergency nurses' attitudes towards self-harm – a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 144-149. doi: 10.1016/j.ienj.2014.07.003
- Power, J., Brown, S. L., & Usher, A. M. (2013). Prevalence and incidence of nonsuicidal self-injury among federally sentenced women in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 40(3), 302-320. doi: 10.1177/0093854812474427

- Power, J., & Usher, A. (2010). *A qualitative study of self-injurious behaviour in women offenders*. Correctional Service of Canada. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0225-01-eng.shtml>
- Power, J., & Usher, A. (2014). *Working with offenders who self-injure: Fostering staff resilience in high stress situations*. Correctional Service of Canada. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0276-eng.shtml>
- Rayner, G., Blackburn, J., Edward, K. L., Stephenson, J., & Ousey, K. (2019). Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 40-53. doi: 10.1111/inm.12550
- Rees, N., Rapport, F., Thomas, G., John, A., & Snooks, H. (2014). Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6), 449-456. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.09.006
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective and behavioural components of attitude. In M. J. Rosenberg, C. I. Hovland, W. J. McGuire, R. P. Abelson, & J.W. Brehm (Eds), *Attitude, organization and change: An analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). Yale University Press.
- Sandy, P. T., & Shaw, D. G. (2012). Attitudes of mental health nurses to self-harm in secure forensic settings: A multi-method phenomenological investigation. *Journal of Medicine and Medical Science Research*, 1(4), 63-75.
- Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.024
- Selenius, H., & Strand, S. (2017). Experiences of self-injury and aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4), 304-311. doi: 10.1080/08039488.2017.1283443
- Selenius, H., Leppänen Östman, S., & Strand, S. (2016). Self-harm as a risk factor for inpatient aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 554-560. doi: 10.1080/08039488.2016.1183707
- Shaw, D. G., & Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications. *Health Sa Gesondheid*, 21(1), 406-414. doi: 10.1016/j.hsag.2016.08.001

- Smith, H. P., Power, J., Usher, A. M., Sitren, A. H., & Slade, K. (2019). Working with prisoners who self-harm: A qualitative study on stress, denial of weakness, and encouraging resilience in a sample of correctional staff. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(1), 7-17. doi: 10.1002/cbm.2103
- Verstegen, N., de Vogel, V., Huitema, A., Didden, R., & Nijman, H. (2020). Physical violence during mandatory psychiatric treatment: prevalence and patient characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 47(7), 771-789. doi: 10.1177/0093854820924691
- Walker, T., Shaw, J., Hamilton, L., Turpin, C., Reid, C., & Abel, K. (2017). 'Coping with the job': Prison staff responding to self-harm in three English female prisons: A qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(6), 811-824. doi: 10.1080/14789949.2017.1331369
- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives*, 3(3), 243-272.
- Weeks, A., Swerissen, H., & Belfrage, J. (2007). Issues, challenges, and solutions in translating study instruments. *Evaluation Review*, 31(2), 153-165. doi: 10.1177/0193841X06294184
- Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 293-309. doi: 10.1017/S1352465809005268
- Zinger, I. (2018). *Annual Report 2017-2018*. Office of the Correctional Investigator. <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20172018-fra.aspx>

Conclusion générale

Cet essai doctoral avait pour objectif de mieux comprendre les attitudes des intervenants œuvrant en psychiatrie légale envers l'automutilation des femmes auprès desquelles ils interviennent. Comme les attitudes des intervenants peuvent orienter les décisions en matière de soins et que la relation intervenant-patient joue un rôle important dans la trajectoire de rétablissement de la clientèle (Kelley et al., 2014; McCann et al., 2007), il était pertinent de s'intéresser à cet objet d'étude. Une recherche exploratoire a été réalisée auprès de 18 intervenants œuvrant à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel auprès d'une clientèle féminine aux prises avec des comportements d'automutilation.

La présente conclusion se divise en deux sections. D'abord, une synthèse des principaux résultats de l'étude et leurs implications pour la pratique seront présentés. Les contributions originales de l'étude ainsi que ses limites seront ensuite abordées, suivies de pistes de réflexion pour la conduite de recherches futures.

Principaux résultats de l'étude

À l'instar des recherches s'étant intéressées aux attitudes des intervenants envers l'automutilation, notre étude témoigne de la complexité de celles-ci et du caractère multidimensionnel de ce phénomène (Gibb et al., 2010; McAllister et al., 2002; Patterson et al., 2007; Short et al., 2009). Plus spécifiquement, notre étude met en relief

l'ambivalence des intervenants envers le comportement d'automutilation, ainsi que l'influence, sur les attitudes, de nombreux facteurs qui peuvent interagir (Wheatley & Austin-Payne, 2009).

Bien que cela demeure un débat au sein des écrits scientifiques, les données recueillies rejoignent celles d'études précédentes concernant l'adoption d'attitudes positives et négatives envers les comportements d'automutilation (Gibb et al., 2010; Ireland & Quinn, 2007; Karman et al., 2015; Rayner et al., 2019; Shaw & Sandy, 2016). Dans notre étude, les attitudes positives des intervenants se sont manifestées par de l'empathie, de la sensibilité et des émotions positives (p. ex., sentiment d'utilité, espoir) lors des interventions effectuées auprès de patientes ayant des comportements d'automutilation. Les attitudes négatives se sont, quant à elles, manifestées par des idées préconçues (p. ex., manipulation) et des émotions négatives (p. ex., sentiment d'impuissance, colère, incompréhension) lors des interventions effectuées auprès de cette clientèle.

Afin de mieux comprendre les attitudes partagées des intervenants relevées au sein de notre étude, il importe de s'intéresser à l'interaction entre ces variables. Tout d'abord, des différences ont été observées entre les intervenants en ce qui a trait à leur perception de la gravité des gestes d'automutilation. Notre étude a notamment révélé que certains intervenants évaluaient la gravité de l'acte automutilatoire selon les gestes habituellement commis par la patiente. En effet, le geste leur apparaissait plus significatif lorsque celui-ci dérogeait des gestes généralement privilégiés par les patientes pour s'automutiler.

D'autres évaluaient la gravité de l'automutilation par rapport à la trajectoire personnelle de la patiente, en tenant compte de son évolution lors de son séjour en institution. Ceux-ci ont exprimé porter attention à la fréquence et à l'intensité des comportements d'automutilation manifestés par les patientes plutôt qu'aux comportements d'automutilation en soi. Il appert donc que l'évaluation de la gravité d'un geste d'automutilation peut varier d'un intervenant à l'autre, selon leurs référents personnels. Il en résulte différentes possibilités d'évaluation pour un même geste posé, selon la perception des intervenants. Cette observation corrobore les études antérieures qui mettent en lumière l'évaluation du comportement d'automutilation effectuée à partir de critères subjectifs (O'Donovan & Gibjels, 2006; Smith et al., 2019). L'étude de Koning et al. (2018) illustre bien le lien entre la perception de la gravité des gestes et la réponse thérapeutique des intervenants. Ils ont, entre autres, démontré que les intervenants qui évaluent un comportement d'automutilation comme étant mineur (p. ex., ingestion de médicaments ne compromettant pas la santé) considéraient l'intervention auprès de ces patients comme une perte de temps en mobilisant, de surcroît, des membres du personnel déjà en nombre insuffisant.

De plus, notre étude suggère que les intervenants ont différentes compréhensions quant à la fonction de ce comportement. Selon les intervenants de notre échantillon, l'automutilation viserait à réguler des émotions négatives ressenties, à communiquer des besoins en situation de détresse psychologique ou à manipuler l'équipe soignante pour obtenir un gain secondaire (p. ex., transfert dans un autre environnement, recevoir de

l'attention de leur part). Il est intéressant de noter que les études réalisées auprès de personnes qui s'automutilent identifient la gestion des émotions négatives ainsi que la communication de besoins comme étant les motifs principaux à l'adoption de ce comportement (Motz, 2010; Power & Usher, 2014). Pourtant, la manipulation est un motif tout autant, voire davantage, évoqué par les intervenants dans la littérature à ce sujet (Dickinson et al., 2009; Fagan et al., 2010; Short et al., 2009). Il semble donc y avoir un écart important entre la compréhension des intervenants concernant le geste d'automutilation et les motivations de la clientèle qui le manifeste. Selon la réflexion de Smith et al. (2019), il est possible de penser qu'une interprétation de manipulation du geste d'automutilation peut être inconsciemment en lien avec une difficulté de l'intervenant à reconnaître la détresse psychologique.

Basé sur les études antérieures qui indiquent que les intervenants évaluent l'authenticité des gestes d'automutilation selon le motif perçu (Ireland & Quinn, 2007; Short et al., 2009; Sousa et al., 2019), un intervenant qui interprète le geste d'automutilation comme un moyen de manipulation pourrait avoir une réponse thérapeutique différente, voire moins favorable, de celui qui le perçoit comme un appel à l'aide (Dickinson et al., 2009). Cette réaction apparaît particulièrement préoccupante, sachant qu'une corrélation significative est établie entre le geste d'automutilation et le geste suicidaire (Carroll et al., 2014; Hawton et al., 2014; Power & Brown, 2010). Fagan et ses collègues (2010) soulignent d'ailleurs qu'en évaluant le geste d'automutilation

comme étant manipulateur de prime abord, l'objectif principal d'évaluation des risques du geste posé, et des interventions associées, s'avère grandement compromis.

Notre étude appuie les études antérieures réalisées dans d'autres milieux sur le fait que les intervenants se sentent insuffisamment outillés et formés pour intervenir auprès d'une clientèle qui s'automutile (Gibb et al., 2010; Koning et al., 2018; Walker et al., 2017), ce qui souligne l'importance de s'attarder à cet enjeu. À la lumière des écrits scientifiques, la variation des attitudes pourrait aussi être expliquée par le niveau de formation des intervenants envers la problématique de l'automutilation, notamment leurs connaissances à ce sujet. En effet, la littérature met en évidence le rôle de la formation dans le développement d'attitudes plus positives envers l'automutilation (McCarthy & Gijbels, 2010); le manque de formation et de connaissances étant associé à des attitudes plus négatives envers ce comportement (Rayner et al., 2019; Shaw & Sandy, 2016). En s'appuyant sur l'étude de Gibb et ses collègues (2010), l'ambivalence des intervenants envers les comportements d'automutilation peut, en partie, se comprendre comme suit : les intervenants éprouvent le désir de venir en aide à cette clientèle vulnérable, mais se sentent limités dans leurs possibilités d'intervention en raison d'un manque de connaissances.

Au-delà du manque de connaissances envers la problématique de l'automutilation, l'environnement institutionnel semble également contribuer à la genèse des attitudes négatives envers ce comportement. Plus spécifiquement, le manque de ressources, de

personnel et d'autonomie professionnelle semblent être des enjeux aussi importants pour les intervenants œuvrant auprès de patients qui s'automutilent, incluant ceux de notre étude. Ces aspects peuvent également entrer en ligne de compte dans l'explication de l'ambivalence des intervenants envers l'automutilation. Dans la même perspective que celle nommée plus haut, d'une part, les intervenants seraient motivés par un désir de venir en aide aux patients présentant cette problématique et, d'autre part, ils se sentiraient épuisés, surchargés et limités dans leur autonomie professionnelle (O'Donovan & Gijbels, 2006). Selon les études, le support offert aux intervenants et les discussions d'équipe devraient faire partie des stratégies d'intervention régulièrement mises en place pour accompagner les intervenants dans leur travail auprès de patients qui s'automutilent plutôt que de mesures exceptionnelles (Bell et al., 2019; Rayner et al., 2019).

Il est par ailleurs intéressant de noter que notre étude soulève un paradoxe entre l'ampleur des émotions négatives éprouvées par les intervenants travaillant auprès de patients qui s'automutilent et la culture du milieu. En effet, alors que les patients sont encouragés à exprimer leurs émotions plutôt qu'à les manifester par des agirs, les intervenants perçoivent l'expression de leurs propres émotions comme un signe de faiblesse (Smith et al., 2019). Il est préoccupant de constater que ceux-ci sont quasiment unanimes à reconnaître l'inconfort, voire la détresse, suscité par les gestes d'automutilation, mais que ce vécu semble être minimisé ou rationalisé dans leur pratique quotidienne. Comme démontré par les études, les intervenants seraient nombreux à ressentir une gamme d'émotions négatives lors de leurs interventions auprès d'une

clientèle qui s'automutile : tristesse, désespoir, colère, irritation, peur, frustration, impuissance, culpabilité, dégoût, etc. (Marzano et al., 2013; Saunders et al., 2012; Wilstrand et al., 2007).

À l'instar de l'étude réalisée par Smith et al. (2019), notre étude a révélé que les intervenants privilégiaient des stratégies d'adaptation visant la mise à distance des émotions éprouvées (p. ex., la désensibilisation); celles-ci étant considérées comme aidantes et professionnelles par les participants de notre étude. Il est cependant possible de croire que cette gestion des émotions peut avoir des conséquences néfastes sur leur état de santé de même que sur la qualité de leur présence dans leur rôle professionnel. Plus spécifiquement, en considérant que les intervenants taisent leurs inconforts émotionnels, il est possible de poser l'hypothèse selon laquelle l'accumulation des émotions négatives affecte négativement, d'une part, leur bien-être psychologique et, d'autre part, leurs attitudes envers l'automutilation (McGough et al., 2021). Étant donné l'ampleur des émotions négatives vécues par les intervenants dans leur travail auprès d'une clientèle qui s'automutile, il est essentiel d'effectuer un travail de validation des émotions éprouvées et de sensibilisation auprès d'eux pour déconstruire les préjugés liés à l'expression de celles-ci. Rappelons que les émotions négatives ressenties ont un impact négatif, non seulement sur le bien-être psychologique des intervenants, mais également sur la qualité de la trajectoire de rétablissement de la clientèle (Kelley et al., 2014; McCann et al., 2007).

Notre étude lève le voile sur l'impact émotionnel engendré par le geste d'automutilation, signalant le caractère potentiellement traumatogène de celui-ci. En effet, la plupart des intervenants ont rapporté des souvenirs chargés émotionnellement concernant un comportement d'automutilation dont ils ont été témoins ou pour lequel ils sont intervenus. Certains souvenirs rapportés dataient de plusieurs années, ce qui témoigne de l'impact d'une telle exposition sur le plan émotionnel. Un aspect ayant marqué leur récit se rapporte à la dimension sensorielle de ces souvenirs, soit le visuel du geste commis ou les sens entendus lors de celui-ci. Comme signalé par plusieurs études antérieures, les intervenants apparaissent vulnérables face au stress post-traumatique, au stress traumatique secondaire, à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la fatigue de compassion (Bell et al., 2019; Power & Usher, 2014; Smith et al., 2019).

Notre étude démontre qu'il est impératif de favoriser la mise en place d'interventions pour soutenir les intervenants dans leur travail auprès de cette clientèle complexe (Conlon & O'Tuathail, 2012; O'Connor & Glover, 2017; Short et al., 2009; Usher et al., 2010; Wilstrand et al., 2007), d'autant plus que le manque de soutien ou de reconnaissance des difficultés vécues peut maintenir ou aggraver les séquelles traumatiques d'un événement (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Les interventions pourraient être réalisées sous forme d'activités de formation continue, de supervision ou de support professionnel, pouvant prévenir, d'une part, des risques d'épuisement, de fatigue de compassion ou de stress post-traumatique chez les intervenants et, d'autre part, des attitudes négatives envers les comportements difficiles manifestés par la clientèle (Bell et al., 2019; McGough et

al., 2021; Rayner et al., 2019). Il semble d'ailleurs approprié de mentionner que plusieurs participants de notre étude ont souligné la pertinence de notre recherche, exprimant aussi un sentiment de soulagement au fait de pouvoir se livrer sur leur expérience de travail auprès de patients ayant une problématique d'automutilation. Ces commentaires témoignent de la nécessité d'offrir un lieu de parole aux intervenants appelés à travailler auprès de cette clientèle pour qu'ils puissent exprimer leur vécu.

Par ailleurs, malgré l'importance des émotions négatives vécues par les intervenants œuvrant auprès de personnes qui s'automutilent, il importe de souligner que des émotions positives sont également vécues dans ce contexte de travail. Il semble d'ailleurs intéressant de dresser un parallèle entre le sentiment d'espoir que peut révéler un geste d'automutilation chez une personne qui l'agit (Motz, 2010) et celui que peut ressentir un intervenant lors de ses interventions auprès de cette personne (Gibb et al., 2010; Wilstrand et al., 2007). En ce sens, l'espoir d'un intervenant de venir en aide à cette clientèle vulnérable semble être une réponse concordante sur le plan affectif à l'espoir que ressent un patient d'être aidé dans sa souffrance. Il est à souligner que le sentiment d'espoir peut également être renforcé, chez les intervenants, par le soutien émotionnel des collègues, de même que par les encouragements et la reconnaissance de leur travail par leurs gestionnaires (Bell et al., 2019).

Enfin, il est reconnu qu'offrir un lieu sécuritaire et chaleureux à la personne qui s'automutile favorise le développement de sa capacité à réfléchir et à communiquer ses

blessures affectives. Ce processus peut favoriser l'emploi de stratégies adaptatives, notamment l'expression des émotions, pour composer avec la souffrance émotionnelle (Motz, 2010). Si l'importance d'offrir un lieu sécuritaire et chaleureux à la clientèle bénéficiant de soins est incontestable, cet aspect semble peu discuté, voire non reconnu, lorsqu'il est question de l'environnement de travail de l'équipe soignante. Pourtant, les études mettent en lumière les nombreux défis auxquels sont confrontés les intervenants en psychiatrie légale et en milieu carcéral, en soulignant que le sentiment de sécurité des intervenants fait partie intégrante des conditions favorisant la qualité de la prestation des soins (Holmes, Perron, Jacob, Paradis-Gagné, & Gratton, 2018). Pour que les services prodigués au sein d'une unité puissent jouer un rôle structurant dans l'apport de soins, il est essentiel de s'intéresser aux conditions de travail des intervenants et d'apporter des changements dans les services actuels (Bell et al., 2019; Smith et al., 2019). Afin de favoriser des pratiques optimales dans la gestion des gestes d'automutilation posés par une clientèle complexe, il s'avère primordial de porter, avant tout, une attention particulière au bien-être du personnel.

Contributions originales de l'étude et ses limites

Notre étude s'avère une contribution intéressante à la littérature actuelle pour diverses raisons. D'abord, cette recherche exploratoire permet de bonifier la littérature portant sur les attitudes des intervenants envers l'automutilation, en offrant un portrait plus détaillé à cet égard. L'utilisation d'une méthode mixte semble novatrice pour explorer notre objet d'étude puisqu'à notre connaissance, la majorité des études s'étant penchées sur le sujet

ont employé un seul instrument de mesure (questionnaire, entrevue, etc.), alors qu'il s'agit d'un phénomène complexe comportant plusieurs dimensions à examiner (Gibb et al., 2010; Short et al., 2009). L'apport d'une telle méthode réside en sa capacité à récolter différentes perspectives, offrant ainsi une lecture s'appuyant sur des données provenant d'instruments visant à objectiver diverses dimensions d'un même phénomène, tout en bénéficiant du regard des acteurs impliqués dans celui-ci (McEvoy & Richards, 2006).

L'utilisation d'un échantillon canadien permet par ailleurs de bonifier la littérature actuelle, car jusqu'à présent, la vaste majorité des études portant sur les attitudes des intervenants envers les comportements d'automutilation ont été réalisées au Royaume-Uni (Dickinson et al., 2009; Gibb et al., 2010; Marzano et al., 2013; McCarthy & Gijbels, 2010; Shaw & Sandy, 2016; Short et al., 2009; Walker et al., 2017). Notre échantillon se veut également intéressant, puisqu'il comporte des intervenants œuvrant en psychiatrie légale qui côtoient une clientèle à risque de comportements d'automutilation et ayant été moins questionnés sur le sujet, soit des intervenants autres que les infirmiers et infirmières sur lesquels se portent davantage les études antérieures (Conlon & O'Tuathail, 2012; McCann et al., 2007; Rayner et al., 2019).

Ce projet de recherche exploratoire présente également des retombées significatives pour les services psychiatriques et correctionnels sur le plan clinique. Une meilleure compréhension des attitudes des intervenants envers l'automutilation permettra d'améliorer les interventions effectuées auprès des patients aux prises avec cette

problématique, de même que la prévention et la gestion des comportements violents en institution. Cette recherche vise également à favoriser une réflexion profonde en psychiatrie légale et en milieu carcéral, en sensibilisant les intervenants à l'égard de leurs attitudes et à l'influence de celles-ci lors de leurs interventions. Il s'agit aussi de favoriser la mise en place de stratégies de soutien pour les intervenants exposés ou confrontés à l'automutilation dans leur milieu de travail. Même si cette étude vise un groupe d'intervenants très ciblé, les réflexions qui en découlent pourront servir aux intervenants autant dans les milieux institutionnels, communautaires que privés.

Bien que notre étude comporte plusieurs forces, celle-ci présente des limites devant être prises en compte dans l'analyse des résultats. D'abord, les données ont été récoltées au sein d'une seule institution, ce qui limite la généralisation des résultats obtenus à d'autres milieux d'intervention. Signalons cependant que cet établissement fait partie de ceux ayant une expertise unique au Canada en psychiatrie légale, un milieu où les comportements d'automutilation sont particulièrement prévalents. Il convient donc de spéculer que les défis identifiés dans notre étude sur le plan de la gestion de l'automutilation peuvent aussi être présents dans des milieux de soins moins spécialisés. Ensuite, bien que la taille d'échantillon ait été considérée satisfaisante pour atteindre la saturation des données qualitatives ($n = 16$), celle-ci est minime pour le volet quantitatif ($n = 18$), limitant la généralisation des résultats. Une prudence est donc particulièrement de mise lorsqu'il s'agit de l'interprétation des données quantitatives.

De plus, il se peut que la désirabilité sociale, soit une tendance à produire une image favorable de soi (Tournois, Mesnil, & Kop, 2000), ait influencé certaines réponses des participants lors de l'entrevue ou de la complétion du questionnaire. Ceci étant dit, les entrevues ont été réalisées par la chercheuse principale de l'étude, soit une doctorante en psychologie possédant plusieurs expériences pertinentes en relation d'aide pour le milieu ciblé. Au-delà du caractère confidentiel de la rencontre et des partages reçus, un effort particulier a été investi par celle-ci pour favoriser un climat de confiance auprès des participants.

Bien que cette étude ait permis de documenter la manière dont les comportements d'automutilation affectent les équipes multidisciplinaires appelées à intervenir dans la gestion de ceux-ci (Koning et al., 2018), il n'a pas été possible d'explorer les attitudes des intervenants selon leur groupe professionnel en raison de la nature de notre échantillon, notamment l'hétérogénéité de celui-ci. Il serait intéressant d'examiner cet aspect lors de recherches futures. Qui plus est, le rôle de la dynamique de groupe au sein de l'équipe traitante n'a pas été étudié dans l'exploration des attitudes des intervenants envers l'automutilation. Cette variable mériterait d'être examinée pour évaluer si elle influence, d'une manière ou d'une autre, les perceptions ou les réactions des membres de l'équipe soignante face à un incident d'automutilation. L'effet de genre n'a par ailleurs pas été exploré dans la présente étude. Étant donné le manque de consensus dans la littérature à ce sujet, davantage d'études sont nécessaires pour vérifier s'il existe des différences, selon le genre des professionnels, dans l'intervention auprès de l'automutilation et, s'il y a lieu,

leurs répercussions sur le plan clinique. Enfin, il serait pertinent d'explorer la manière dont les expériences personnelles des intervenants peuvent influencer leurs attitudes envers l'automutilation afin de mieux en comprendre les mécanismes sous-jacents. Cet aspect n'est pas ressorti au sein de notre étude, mais mériterait une attention particulière.

Qui plus est, afin d'étendre le recueil de données des attitudes des intervenants envers l'automutilation, il serait pertinent de poursuivre l'exploration de ce thème auprès des intervenants œuvrant dans des institutions carcérales, de même qu'auprès d'une clientèle masculine. Soulignons également la pertinence d'examiner ce sujet selon la perspective des patients au sein des services psychiatriques et carcéraux. Celle-ci permettrait d'avoir une meilleure compréhension de l'ensemble des enjeux liés à l'intervention auprès de patients qui s'automutilent.

Enfin, il ne fait aucun doute que les attitudes adoptées par le personnel envers l'automutilation sont complexes, tout comme les comportements d'automutilation et leur gestion par les équipes multidisciplinaires. Il a été possible de saisir en entrevue la manière dont ces attitudes ne sont qu'une des manifestations d'un vécu émotionnel souvent difficile à gérer, tant pour les intervenants que pour l'équipe traitante, et dont il faut prendre soin. En s'intéressant au sens donné par les intervenants aux comportements autodestructeurs et aux enjeux sous-jacents, le présent essai a pu mieux saisir un élément souvent négligé dans la recherche sur ce type de comportement, alors que ces acteurs constituent un

élément clé du rétablissement d'une personne dont la souffrance s'exprime par des gestes d'automutilation.

Références générales

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.103
- Alain-Noël, G. (2020). *Pinel : Hôpital ou prison? La qualification juridique d'un établissement unique* (Essai de doctorat inédit). Université de Sherbrooke, QC. Repéré à https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/18272/Alain_Noel_Gabrielle_LLM_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Albarracin, D., & Shavitt, S. (2018). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 69, 299-327. doi: 10.1146/annurev-psych-122216-011911
- Beer, M. D., Muthukumaraswamy, A., Khan, A. A., & Musabbir, M. A. (2010). Clinical characteristics of patients with self harming behaviour in a low secure mental health unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(1), 15-21. doi: 10.1017/S1742646409990112
- Bell, S., Hopkin, G., & Forrester, A. (2019). Exposure to traumatic events and the experience of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction among prison mental health staff: An exploratory survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(4), 304-309. doi: 10.1080/01612840.2018.1534911
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620. doi: 10.1037/H0080369
- Briñol, P., & Petty, R. E. (2012). The history of attitudes and persuasion research. Dans A. Kruglanski & W. Stroebe (Éd.), *Handbook of the history of social psychology* (pp. 285-320). New York, NY: Psychology Press.
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 9(2), doi: 10.1371/journal.pone.0089944

- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 31-42. doi: 10.3917/rsi.082.0031
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552. doi: 10.1521.suli.2007.37.5.543
- Chrestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. Dans B. H. Stamm (Éd.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2^e éd., pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.
- Cole, S. (2016). *Management of clients who self-harm in UK secure forensic units* (Thèse de doctorat inédite). Canterbury Christ Church University, Angleterre. Repéré à https://repository.canterbury.ac.uk/download/7b32e1dff2df98cacf1b1cb5c8b52f2ca661bdac141384d43c4bb78ad2aae94b/3812640/SamanthaCole_MRP_2016.pdf
- Conlon, M., & O'Tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3-13. doi: 10.1016/j.ienj.2010.08.001
- de Vogel, V., & Louppen, M. (2016). Measuring feelings of staff members towards their most complex female and male forensic psychiatric patients: A pilot study into gender differences. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(2), 174-185. doi: 10.1080/14999013.2016.1170741
- Dickinson, T., Wright, K. M., & Harrison, J. (2009). The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 947-951. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01510.x
- Dixon-Gordon, K., Harrison, N., & Roesch, R. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(1), 33-50. doi: 10.1080/14999013.2012.667513
- Eades, D. N. (2020). Managing stressors in a detention facility: The need for supporting and safeguarding staff. *The Journal of Adult Protection*. 22(3), 153-163. doi: 10.1108/JAP-12-2019-0040
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Fagan, T. J., Cox, J., Helfand, S. J., & Aufderheide, D. (2010). Self-injurious behavior in correctional settings. *Journal of Correctional Health Care*, 16(1), 48-66. doi: 10.1177/1078345809348212

- Fazio, R. H. (1986). How do attitudes guide behavior. Dans R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Éd.), *The handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 204-243). New York, NY: Guilford Press.
- Fazio, R. H. (2007). Attitudes as object-evaluation associations of varying strength. *Social Cognition*, 25(5), 603-637. doi: 10.1521/soco.2007.25.5.603
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. Dans B. H. Stamm (Éd.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3-28). Lutherville, MD: Sidran.
- Fovet, T., Thomas, P., & Amad, A. (2015). Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part? *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(8), 726-73. doi: 10.1016/j.amp.2015.07.033
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M., & Mitchell, A. J. (2006). Predictors of A&E staff attitudes to self-harm patients who use self-laceration: Influence of previous training and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 273-277. doi: 10.1016/j.psychores.2005.07.007
- Gagnon, J., & Hasking, P. A. (2012). Australian psychologists' attitudes towards suicide and self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 75-82. doi: 10.1111/j.1742-9536.2011.00030.x
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 713-720. doi: 10.3109/00048671003671015
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091-1103. doi: 10.1002/jclp.20417
- Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., & Fazel, S. (2014). Self-harm in prisons in England and Wales: An epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. *The Lancet*, 383(9923), 1147-1154. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62118-2
- Holmes, D., Perron, A., Jacob, J. D., Paradis-Gagné, É., & Gratton, S. M. (2018). Pratique en milieu de psychiatrie légale : proposition d'un modèle interdisciplinaire. *Recherche en soins infirmiers*, 3(134), 33-43. doi: 10.3917/rsi.134.0033
- Huband, N., & Tantam, D. (2000). Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 495-504. doi: 10.1348/000711200160688

- Ireland, J. L., & Quinn, K. (2007). Officer attitudes towards adult male prisoners who self-harm: Development of an attitudinal measure and investigation of sex differences. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 33(1), 63-72. doi: 10.1002/ab.20168
- James, K., Stewart, D., & Bowers, L. (2012). Self-harm and attempted suicide within inpatient psychiatric services: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 301-309. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00794.x
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 65-75. doi: 10.1111/jpm.12171
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One*, 9(4), Article e94207. doi: 10.1371/journal.pone.0101191
- Kenning, C., Cooper, J., Short, V., Shaw, J., Abel, K., & Chew-Graham, C. (2010). Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(4), 274-284. doi: 10.1002/cbm.777
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231-237. doi: 10.1037/a0030278
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170. doi: 10.1192/bjp.bp.106.030650
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501
- Koning, K. L., McNaught, A., & Tuffin, K. (2018). Emergency department staff beliefs about self-harm: A thematic framework analysis. *Community Mental Health Journal*, 54(6), 814-822. doi: 10.1007/s10597-017-0178-8

- Kottler, C., Smith, J. G., & Bartlett, A. (2018). Patterns of violence and self-harm in women prisoners: Characteristics, co-incidence and clinical significance. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(4), 617-634. doi: 10.1080/14789949.2018.1425475
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2010). A grounded theory exploration of deliberate self-harm in incarcerated women. *Journal of Forensic Nursing*, 6(2), 88-95. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01072.x
- Marzano, L., Adler, J. R., & Ciclitira, K. (2013). Responding to repetitive, non-suicidal self-harm in an English male prison: Staff experiences, reactions, and concerns. *Legal and Criminological Psychology*, 20(2), 241-254. doi: 10.1111/lcrp.12025
- Marzano, L., Ciclitira, K., & Adler, J. (2012). The impact of prison staff responses on self-harming behaviours: Prisoners' perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-18. doi: 10.1111/j.2044-8260.2010.02007.x
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002). Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x
- McCann, T. V., Clark, E., McConnachie, S., & Harvey, I. (2007). Deliberate self-harm: Emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1704-1711. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01555.x
- McCarthy, L., & Gijbels, H. (2010). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International Emergency Nursing*, 18(1), 29-35. doi: 10.1016/j.ienj.2009.05.005
- McEvoy, P., & Richards, D. (2006). A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. *Journal of Research in Nursing*, 11(1), 66-78. doi: 10.1177/1744987106060192
- McGough, S., Wynaden, D., Ngune, I., Janerka, C., Hasking, P., & Rees, C. (2021). Mental health nurses' perspectives of people who self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 62-71. doi: 10.1111/inm.12814
- Motz, A. (2010). Self-harm as a sign of hope. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(2), 81-92. doi: 10.1080/02668731003707527

- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-9. doi: 10.1186/1753-2000-6-10
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 176-307. doi: 10.1192/bjp.176.4.307
- Neuburger, R. (2006). Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(36), 145-154. doi: 10.3917/ctf.036.0145
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *CMAJ*, 178(3), 306-312. doi: 10.1503/cmaj.061693
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- O'Connor, S., & Glover, L. (2017). Hospital staff experiences of their relationships with adults who self-harm: A meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 480-501. doi: 10.1111/papt.12113
- O'Donnell, O., House, A., & Waterman, M. (2015). The co-occurrence of aggression and self-harm: Systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175(1), 325-350. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.051
- O'Donovan, Á., & Gijbels, H. (2006). Understanding psychiatric nursing care with nonsuicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: The views of psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 186-192. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.007
- Ottaway, S. A., Hayden, D. C., & Oakes, M. A. (2001). Implicit attitudes and racism: Effects of word familiarity and frequency on the implicit association test. *Social Cognition*, 19(2), 97-144. doi: 10.1521/soco.19.2.97.20706
- Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007). Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(5), 438-445. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x
- Pickard, H. (2015). Self-harm as violence: When victim and perpetrator are one. Dans H. Widdows & H. Marway (Éds), *Women and violence* (pp. 71-90). London: Palgrave Macmillan.

- Power, J., & Brown, S. L. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels* [en ligne]. Repéré à <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0216-01-fra.shtml>
- Power, J., Brown, S. L., & Usher, A. M. (2013a). Prevalence and incidence of nonsuicidal self-injury among federally sentenced women in Canada. *Criminal Justice and Behavior*, 40(3), 302-320. doi: 10.1177/0093854812474427
- Power, J., Brown, S. L., & Usher, A. M. (2013b). Non-suicidal self-injury in women offenders: Motivations, emotions, and precipitating events. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(3), 192-204. doi: 10.1080/14999013.2013.832442
- Power, J., & Usher, A. (2010). *A Qualitative Study of Self-Injurious Behaviour in Women Offenders*. Repéré à <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0225-01-eng.shtml>
- Power, J., & Usher, A. (2014). *Working with offenders who self-injure: Fostering staff resilience in high stress situations* [en ligne]. Repéré à <https://www.csc-scc.gc.ca/research/005008-0276-eng.shtml>
- Rayner, G., Blackburn, J., Edward, K. L., Stephenson, J., & Ousey, K. (2019). Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 40-53. doi: 10.1111/inm.12550
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. Dans M. Rosenberg, C. Hovland, W. McGuire, R. Abelson, & J. Brehm (Éds), *Attitude organization and change* (pp. 1-14). New Haven, CT: Yale University Press.
- Sandy, P. T., & Shaw, D. G. (2012). Attitudes of mental health nurses to self-harm in secure forensic settings: A multi-method phenomenological investigation. *Journal of Medicine and Medical Science Research*, 1(4), 63-75.
- Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205-216. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.024
- Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques. *Champ psychosomatique*, 4(36), 25-38. doi: 10.3917/cpsy.036.0025
- Schwarz, N., & Bohner, G. (2001). The construction of attitudes. Dans A. Tesser & N. Schwarz (Éds), *Intrapersonal processes (Blackwell handbook of social psychology)* (pp. 436-457). Oxford, UK: Blackwell.

- Selenius, H., Leppänen Östman, S., & Strand, S. (2016). Self-harm as a risk factor for inpatient aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(7), 554-560. doi: 10.1080/08039488.2016.1183707
- Selenius, H., & Strand, S. (2017). Experiences of self-injury and aggression among women admitted to forensic psychiatric care. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4), 304-311. doi: 10.1080/08039488.2017.1283443
- Shaw, D. G., & Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: Curricular implications. *Health Sa Gesondheid*, 21(1), 406-414. doi: 10.1016/j.hsag.2016.08.001
- Short, V., Cooper, J., Shaw, J., Kenning, C., Abel, K., & Chew-Graham, C. (2009). Custody vs care: Attitudes of prison staff to self-harm in women prisoners – a qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(3), 408-426. doi: 10.1080/14789940802377114
- Slade, K. (2018). Dual harm: An exploration of the presence and characteristics for dual violence and self-harm behaviour in prison. *Journal of Criminal Psychology*, 8(2), 97-111. doi: 10.1108/JCP-03-2017-0017
- Smith, H. P., & Kaminski, R. J. (2011). Self-injurious behaviors in state prisons: Findings from a national survey. *Criminal Justice and Behavior*, 38(1), 26-41. doi: 10.1177/0093854810385886
- Smith, H. P., Power, J., Usher, A. M., Sitren, A. H., & Slade, K. (2019). Working with prisoners who self-harm: A qualitative study on stress, denial of weakness, and encouraging resilience in a sample of correctional staff. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(1), 7-17. doi: 10.1002/cbm.2103
- Sousa, M., Gonçalves, R. A., Cruz, A. R., & de Castro Rodrigues, A. (2019). Prison officers' attitudes towards self-harm in prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101490. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101490
- Thomas, P., Barruche, G., & Hazif-Thomas, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, 19(187), 266-273.
- Tournois, J., Mesnil, F., & Kop, J. L. (2000). Autoduperie et hétéroduperie : un instrument de mesure de la désirabilité sociale. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 50(1), 219-232.

- Usher, A., Power, J., & Wilton, G. (2010). *Assessment, intervention, and prevention of self-injurious behaviour in correctional environments* [en ligne]. Repéré à <https://www.csc-scc.gc.ca/005/008/092/005008-0220-eng.pdf>
- Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Garinella, R., Pacchiarotti, I., del Mar Bonnin, C., ... Tortorella, A. (2017). The aggressor at the mirror: Psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. *European Psychiatry*, 44, 153-160. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.04.002
- Walker, T., Shaw, J., Hamilton, L., Turpin, C., Reid, C., & Abel, K. (2016). Supporting imprisoned women who self-harm: Exploring prison staff strategies. *Journal of Criminal Psychology*, 6(4), 173-186. doi: 10.1108/JCP-02-2016-0007
- Walker, T., Shaw, J., Hamilton, L., Turpin, C., Reid, C., & Abel, K. (2017). 'Coping with the job': Prison staff responding to self-harm in three English female prisons: A qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(6), 811-824. doi: 10.1080/14789949.2017.1331369
- Wheatley, M., & Austin-Payne, H. (2009). Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(3), 293-309. doi: 10.1017/S1352465809005268
- Wilson, C., Rouse, S., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 1-13. doi: 10.1111/jpm.12453
- Wilstrand, C., Lindgren, B. M., Gilje, F., & Olofsson, B. (2007). Being burdened and balancing boundaries: A qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1), 72-78. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01045.x
- Zinger, I. (2018). *Bureau de l'enquêteur correctionnel. Rapport annuel 2017-2018* [en ligne]. Repéré à <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20172018-fra.aspx>

Appendice A
Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Questionnaire, version française

ADSHQ, version française

INSTRUCTIONS : Prenez le temps de lire attentivement les énoncés suivants et indiquez à quel point vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux. Veuillez s'il vous plait répondre en encerclant le numéro approprié en utilisant l'échelle ci-dessous.

1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 En accord	4 Fortement en accord
1. De façon générale, je suis satisfait(e) du contrôle que j'ai lorsque je gère des patients qui s'automutilent sur mon unité.	1	2	3 4
2. Il n'y a vraiment aucune façon pour moi d'aider les patients qui s'automutilent à résoudre certains de leurs problèmes.	1	2	3 4
3. Parfois, je me sens utilisé(e) par les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
4. Il y a peu de choses que je puisse faire pour aider les patients qui s'automutilent à changer plusieurs événements qui ont lieu dans leur vie.	1	2	3 4
5. Je me sens souvent impuissant(e) lorsque je gère les problèmes des patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
6. Parfois, je me sens utilisé(e) par le système hospitalier.	1	2	3 4
7. Ce qui m'arrive dans ce travail dépend surtout de moi.	1	2	3 4
8. Je me sens utile lorsque je travaille avec des patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
9. La manière dont le système hospitalier fonctionne pour être efficace encourage la répétition de comportements d'automutilation.	1	2	3 4
10. Je sens que j'ai les connaissances appropriées en secourisme pour aider les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
11. Les patients qui s'automutilent ne font qu'obstruer le système.	1	2	3 4
12. La connaissance de sources de référence est importante lorsqu'on gère des patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
13. L'évaluation du risque d'automutilation est une habileté importante pour moi.	1	2	3 4
14. Gérer les patients qui s'automutilent est une perte de temps pour les professionnels de la santé.	1	2	3 4
15. Je gère efficacement les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4

1 Fortement en désaccord	2 En désaccord	3 En accord	4 Fortement en accord
16. Le système hospitalier m'empêche de travailler efficacement avec des patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
17. Les patients qui s'automutilent ont été blessés et hypothéqués dans le passé.	1	2	3 4
18. Lorsqu'un patient se présente encore avec un geste d'automutilation, j'utilise activement des moyens visant à le ou la décourager de revenir.	1	2	3 4
19. L'éducation et la formation continues seraient utiles pour m'aider à gérer de façon appropriée les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
20. L'évaluation du risque est une habileté importante pour moi.	1	2	3 4
21. Les patients qui s'automutilent ne cherchent qu'à attirer l'attention.	1	2	3 4
22. Parfois, lorsque toutes les interventions tentées ont échoué, je ressens le besoin d'aller à l'extrême lorsque je gère des patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
23. Je sens que j'ai les connaissances appropriées en relation d'aide pour aider les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
24. Référer les patients qui s'automutilent à des services de consultation externe pour une évaluation ou un traitement approfondi est un plan d'action efficace.	1	2	3 4
25. Les patients qui s'automutilent ne font qu'utiliser des mécanismes d'adaptation inefficaces.	1	2	3 4
26. Je pense avoir les connaissances appropriées en habiletés de communication pour aider les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
27. Je me sens désolé(e) pour les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
28. Fournir aux patients qui s'automutilent de l'information concernant les groupes de soutien communautaire est une bonne idée.	1	2	3 4
29. Les patients qui s'automutilent sont victimes d'autres problèmes sociaux.	1	2	3 4
30. Les patients qui s'automutilent ont désespérément besoin d'aide.	1	2	3 4
31. Le système juridique entrave mes habiletés à travailler efficacement avec les patients qui s'automutilent.	1	2	3 4
32. Je sens que les patients qui s'automutilent sont traités moins sérieusement par l'équipe médicale que les patients qui présentent un problème médical grave.	1	2	3 4
33. Parfois, les gens s'automutilent parce que leurs croyances culturelles acceptent cette pratique lorsqu'il s'agit de gérer des questions traumatiques.	1	2	3 4

Appendice B
Grille d'entrevue

Grille d'entrevue auprès des intervenants

Bonjour,

J'aimerais vous inviter à réfléchir aux expériences que vous avez connues auprès de femmes qui ont manifesté des comportements d'automutilation.

Dans un premier temps, j'aimerais que vous réfléchissiez à une expérience qui était plus difficile pour vous lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée. *Expériences négatives de façon générale : susciter des exemples.*

- 1) Pouvez-vous me décrire cet évènement?
 - Qu'est-ce qui s'est passé ensuite? Étiez-vous seul?
- 2) En quoi ou pourquoi cet évènement était-il une expérience difficile pour vous?
- 3) Quels sont les obstacles que vous avez rencontrés lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée?
 - Pourquoi les avez-vous perçus comme des obstacles?
- 4) Y avait-il des éléments aidants lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée? Si oui, lesquels et pourquoi?
- 5) De quelle façon êtes-vous intervenu auprès de cette femme?

Ensuite, j'aimerais que vous réfléchissiez à une expérience qui était positive pour vous lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée. *Expériences positives de façon générale : susciter des exemples.*

- 1) Pouvez-vous me décrire cet évènement?
- 2) En quoi ou pourquoi cet évènement était-il une expérience positive pour vous?
- 3) Quels sont les éléments aidants que vous avez rencontrés lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée?
 - Pourquoi les avez-vous perçus comme des éléments aidants?
- 4) Avez-vous rencontré des obstacles lorsque vous avez été appelé à intervenir auprès d'une femme qui s'est automutilée? Si oui, lesquels et pourquoi?
- 5) De quelle façon êtes-vous intervenu auprès de cette femme?

Appendice C
Formulaire de consentement des participants

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Attitudes des intervenants en psychiatrie légale à l'égard des comportements d'automutilation exercés par leurs patientes
Chercheur responsable du projet de recherche :	João Da Silva Guerreiro, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Montréal et chercheur à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
Co-chercheuse :	Julie Lefebvre, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Étudiante au doctorat :	Daphné O'Hara, étudiante au doctorat en psychologie (D. Ps.), Université du Québec à Trois-Rivières
Établissement participant :	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

Notre projet de recherche vise à mieux comprendre les attitudes des intervenants à l'égard de l'automutilation chez les femmes en contexte de psychiatrie légale. Une meilleure compréhension de ce phénomène permettra, dans un premier temps, de mieux comprendre les défis liés à ce comportement en contexte d'intervention et, dans un second temps, d'améliorer les interventions effectuées auprès des femmes aux prises avec un problème de violence de même que la prévention et la gestion des comportements violents en institution.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 30-09-2018 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Pour la réalisation de cette étude, nous comptons recruter 30 intervenants œuvrant auprès de femmes ayant des comportements d'automutilation à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche sera réalisé à l'unité F1 de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Votre participation à ce projet comprendra une rencontre individuelle d'une durée approximative de 45 minutes à une heure.

3.2 Nature de la participation

Votre collaboration à cette recherche consiste à remplir un questionnaire sociodémographique, un questionnaire portant sur vos attitudes à l'égard de l'automutilation ainsi qu'à participer à une entrevue à ce sujet. Les entrevues seront enregistrées sous forme audio.

4. Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Le principal inconvénient associé à votre participation à ce projet de recherche est le temps que vous y consacrerez.

6. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant la chercheuse qui effectuera la collecte de données.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche et le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 30-09-2018 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

7. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 7 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

8. Utilisation secondaire de vos données de recherche

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées par le chercheur responsable pour réaliser d'autres projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie légale ou dans le domaine de la promotion de la santé, des soins et des interventions? **Oui Non**

Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal avant leur réalisation. Vos données de recherche seront conservées de façon sécuritaire dans un format électronique à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos données de recherche, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche.

Acceptez-vous que vos données de recherche soient utilisées à ces conditions? **Oui Non**

9. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés. **Oui Non**

10. Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation à ce projet pourraient mener à la création de produits commerciaux et générer des profits. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

11. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

12. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

13. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec l'étudiante au doctorat au numéro suivant 514-648-8461 poste 558.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal au 514-648-8461, poste 174.

14. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au 514-761-6131, poste 2708 ou par courriel : cer.reb@douglas.mcgill.ca.

Formulaire d'information et de consentement approuvé le 30-09-2018 par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Consentement

Titre du projet de recherche : Attitudes des intervenants en psychiatrie légale à l'égard des comportements d'automutilation exercés par leurs patientes

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Je consens à être enregistré sous forme audio lors de l'entrevue.

Oui ☐ Non ☐

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Appendice D
Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

Le présent questionnaire vise à mieux vous connaître. Soyez assuré que vos réponses seront strictement confidentielles. Nous vous remercions sincèrement de votre participation!

Âge : _____ ans

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre _____

Profession

Niveau de scolarité le plus élevé atteint : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine à l'unité F1 : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine dans d'autres unités de l'Institut :

Nombre d'heures approximatives de contacts directs (en personne) avec la clientèle féminine par journée de travail à l'unité F1 de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel : _____

Nombre de mois/d'années d'expérience à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel : _____

Avez-vous travaillé dans d'autres établissements auprès de personnes qui s'automutilent? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels :

Nom de l'établissement	Durée	Fonction