

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**QUELLES SONT LES INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES PROMETTEUSES
POUR PRÉVENIR LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS ET VIOLENTS CHEZ LES
PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE GRAVE?**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
MARIE-ÈVE SAMSON**

DÉCEMBRE 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Chantal Plourde

Prénom et nom

Directrice de recherche

Comité d'évaluation :

Chantal Plourde

Prénom et nom

Directrice de recherche

Évelyne Touchette

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les différents médias d'informations et les réseaux sociaux font régulièrement état de situations impliquant des personnes atteintes de troubles de santé mentale graves ayant posé des gestes violents. Cette couverture médiatique contribue à entretenir une perception erronée selon laquelle toutes les personnes atteintes de troubles mentaux seraient dangereuses. Or, les données scientifiques ne soutiennent pas l'idée selon laquelle les personnes vivant avec un trouble de santé mentale grave seraient responsables de la majorité des actes de violence, qu'ils soient de masse ou commis en communauté. Bien que certaines études fassent état d'un risque légèrement accru de comportements violents comparativement à la population générale, cette association demeure limitée et s'inscrit dans une réalité complexe et multifactorielle. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion de personnes adopte des comportements violents entraînant des conséquences importantes sur les victimes, les auteurs eux-mêmes et leur famille. Le présent essai vise à documenter les interventions psychosociales pouvant prévenir les comportements violents chez les personnes vivant avec un trouble mental grave, plus précisément avec un trouble psychotique ou un trouble bipolaire. Neuf articles abordant des interventions psychosociales pour prévenir les comportements agressifs chez cette population ont été retenus dans la recension des écrits. Les résultats démontrent que les programmes d'intervention entraînent une réduction du risque de récurrence, bien que celui-ci varie selon les outils d'évaluation utilisés et varie en fonction de la sévérité des symptômes psychiatriques et cognitifs. Plusieurs études démontrent également une diminution des comportements agressifs. En ce qui concerne les pensées violentes, les résultats sont plus mitigés. Bien que la majorité des participants constatent une diminution de ces pensées, une proportion non négligeable ne démontre aucun changement ou même une augmentation de ces dernières. Par ailleurs, une étude souligne que l'engagement dans la thérapie s'améliore grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la psychoéducation familiale (FPE), qui favorisent une participation active aux interventions et à la prise du traitement pharmacologique. De plus, des études mettent en évidence des progrès dans la gestion de la colère, avec une meilleure régulation émotionnelle et l'acquisition de stratégies constructives pour gérer celle-ci, bien que les effets varient selon les personnes. Enfin, certaines études rapportent des bénéfices en termes de capacité de résolution de problèmes. La discussion

de l'essai est orientée vers l'importance de la prévention, du dépistage et les modalités d'intervention. Finalement, l'apport de la psychoéducation ainsi que des recommandations futures sont présentés.

Table des matières

Résumé	iii
Liste des tableaux et des figures.....	vii
Remerciements	9
Liste des abréviations	9
Introduction	11
Cadre conceptuel	12
La santé mentale.....	12
Le problème de santé mentale.....	13
Le trouble mental	13
Le trouble de santé mental grave et persistant : les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles dépressifs majeurs	14
Les comportements agressifs et violents.....	14
Le risque de récidive	15
La relation entre la violence et les troubles mentaux graves	16
Question de recherche	18
Méthode.....	19
Résultats	22
Les troubles mentaux identifiés pour l'essai.....	22
Description des sources recensées	22
Description des études incluses et des programmes évalués	22
Effets des interventions évaluées	28
Le risque de récidive violente.....	28
Les comportements agressifs et violents	29
Les pensées violentes.....	31
L'engagement dans la thérapie	31
La résolution de problèmes.....	32
La gestion de la colère	32
Discussion	34

Le risque de récidive violente	34
Les comportements agressifs	35
Les pensées violentes	36
La résolution de problèmes	36
La gestion de la colère	37
Violence et troubles mentaux graves : facteurs de risque et facteurs de protection	38
Dépistage et approche collaborative	38
Limites de l'essai	41
Liens avec la psychoéducation.....	41
Recommandations	43
Conclusion.....	45
Références	46
Appendice.....	52

Liste des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données.....	19
Tableau 2 Tableau résumé des programmes des études incluses.....	25

Figures

Figure 1 Le modèle à deux continuums.....	12
Figure 2 Procédure de rétention des articles.....	21

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice d'essai, Mme Chantal Plourde ainsi que ma mentore, Pascale Alarie-Vézina, qui ont grandement contribué à la réalisation de cet essai. Merci pour votre disponibilité et votre accompagnement tout au long de cette démarche.

J'aimerais également remercier ma famille et mes amies pour vos encouragements et votre soutien tout au long de mon parcours universitaire.

Liste des abréviations

ACT	Thérapie d'acceptation et d'engagement (<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>)
BIS-II	The Barratt Impulsiveness Scale – version 2
BPAQ	Buss-Perry Aggression Questionnaire
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11 ^e révision
CIRCLE	Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments
CRT	Entraînement à la rémédiation cognitive (<i>Cognitive Remediation Training</i>)
DSM-5-TR	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition, révisée
DUNDRUM	Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Management Manual
FAVT	Firestone Assessment of Violent Thoughts
FPE	Psychoéducation familiale (<i>Family Psychoeducation</i>)
GAS-V	Goal Attainment Scaling for Violence
HCR-20	Historical Clinical Risk Management-20
IRI	Interpersonal Reactivity Index
LMV-E	Life Minus Violence-Enhanced
MOAS	Modified Overt Aggression Scale
MSU	Unité de sécurité moyenne (<i>Medium Security Unit</i>)
NAS	Novaco Anger Scale and Provocation Inventory
PCL-SV	Psychopathy Checklist-Screening Version
PSP	Personal and Social Performance
SCT	Entraînement à la cognition sociale (<i>Social Cognition Training</i>)
SPSI-R	Social Problem-Solving Inventory-Revised
STAXI-2	State Trait Anger Expression Inventory II
TAU	Traitement habituel (<i>Treatment as Usual</i>)
URICA	University Rhode Island Change Assessment Scale
VOTP	Violent Offender Treatment Program
VRS	Violence Risk Scale

Introduction

Malgré une couverture médiatique qui associe souvent les troubles mentaux avec les crimes violents, il n'existe pas de consensus dans la littérature scientifique concernant la relation entre troubles mentaux et violence. La plupart des écrits indiquent qu'il existe peu de liens entre la maladie mentale et les comportements violents en l'absence de consommation de substances psychoactives et dans le contexte où la condition de santé mentale est traitée adéquatement (Albino et *al.*, 2023). Or, certaines autres recherches montrent que des comportements agressifs et violents peuvent se présenter chez certaines personnes vivant avec un trouble de santé mentale grave (Teplin et *al.*, 2005). Korkmaz et *al.* (2017) indiquent que les personnes atteintes d'une maladie psychotique (schizophrénie et autres troubles psychotiques) sont plus susceptibles de développer des comportements violents que les personnes atteintes d'autres troubles psychiatriques en raison de la présence de délires de persécution, de jalousie et de référence et d'hallucinations de commande auditive.

Les traitements pharmacologiques constituent une stratégie bien documentée afin de réduire l'hostilité et traiter les symptômes positifs de la psychose (Citrome et Volavka, 2021). Les symptômes psychotiques, tels que les hallucinations et les délires sont associés à une hyperréactivité de certaines cellules cérébrales à la dopamine. Les antipsychotiques agissent en bloquant une partie de cette activité, ce qui aide à rétablir un meilleur équilibre dans la communication entre les cellules du cerveau (Keshavan, 2025). Toutefois, la médication ne suffit pas toujours à mettre fin aux comportements violents et agressifs, notamment parce qu'elle a des effets limités au niveau de l'efficacité de la molécule en raison de ses effets secondaires qui en dissuadent l'usage et des difficultés d'adhérence au traitement par les patients (Mert et *al.*, 2015; Katwar et *al.*, 2020). Dans cette optique, les interventions psychosociales apparaissent comme des approches complémentaires intéressantes, car elles peuvent aider à favoriser l'adhérence au traitement et prévenir l'agressivité, en renforçant la régulation émotionnelle ainsi qu'en développant les capacités de résolution de problèmes et les habiletés psychosociales (Albino et *al.*, 2023; Buanasari et *al.*, 2020; Daffern et *al.*, 2018; Ghouchani et *al.*, 2018; Howden et *al.*, 2018; Johnson et *al.*, 2020; Khan et *al.*, 2023; Rezai et *al.*, 2022; Ritche et *al.*, 2018). Il apparaît

donc important d'identifier les interventions pour soutenir les personnes concernées et prévenir les comportements agressifs.

Cadre conceptuel

Cette section définit les principaux concepts utiles à la lecture de cet essai. Elle permet de clarifier les notions essentielles afin d'en assurer une compréhension commune.

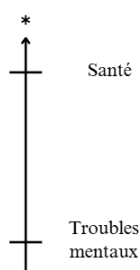
La santé mentale

Selon Doré et Caron (2017), la santé mentale se définit comme la capacité de ressentir, de penser et d'agir de manière à profiter de la vie, à relever les défis quotidiens et à participer activement à la vie de sa communauté. Elle est souvent abordée selon deux perspectives complémentaires, soit l'approche hédonique, axée sur les émotions et l'approche eudémonique, axée sur le fonctionnement individuel et social. La santé mentale se décline en trois dimensions, soient le bien-être émotionnel, correspondant à l'approche hédonique et le bien-être psychologique et social, correspondant à l'approche eudémonique. Alors que le modèle du continuum unique considèrerait la santé mentale comme l'opposé des troubles mentaux, le modèle à deux continuums met en lumière qu'une personne peut avoir une bonne santé mentale tout en vivant avec un trouble mental ou, à l'inverse, présenter une santé mentale fragile sans avoir de trouble mental.

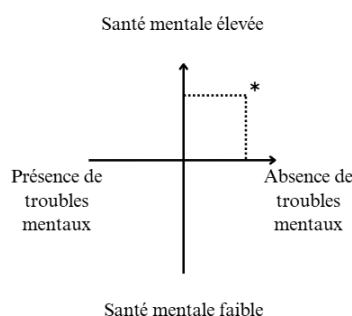
Figure 1

Modèles de la santé mentale

Modèle du continuum unique



Modèle des deux continuums



(Tiré de Doré et Caron, 2017)

Le problème de santé mentale

En ce qui concerne le terme problème de santé mentale, celui-ci est un concept *parapluie* qui englobe les troubles mentaux, mais aussi les limitations ou incapacités psychosociales ainsi que d'autres conditions mentales associées à une détresse, à des difficultés fonctionnelles ou à un risque élevé d'auto-agression comme l'automutilation et les tentatives de suicide (Organisation mondiale de la santé, 2025).

Le trouble mental

Deux classifications des troubles mentaux existent, soient la cinquième version révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR), utilisée au Canada et en Amérique du Nord et la onzième version de la Classification internationale des maladies (CIM-11), utilisée ailleurs dans le monde. Ces manuels utilisent des critères précis pour définir chaque trouble mental, incluant les symptômes, la durée, la sévérité des atteintes et l'impact sur le fonctionnement de la personne. Selon le DSM-5-TR (Association américaine de psychiatrie [APA], 2022), le trouble mental est défini comme :

Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement de la personne. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel. (p. 16)

Selon le CIM-11 (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2025b), un trouble mental est défini comme « une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants ».

Le trouble de santé mental grave et persistant : les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles dépressifs majeurs

Le concept de trouble de santé mentale grave et persistant ne fait pas consensus dans la littérature (Zumstein et Riese, 2020). Ce concept a été initialement introduit par un groupe de travail du National Institute of Mental Health (NIMH) en 1987. La définition originale reposait sur trois dimensions. La première concernait la nature du trouble qui devait correspondre à un trouble mental affectif grave, une psychose non organique ou certains troubles de la personnalité entraînant une incapacité chronique. La deuxième dimension référait à une limitation fonctionnelle sévère dans au moins deux catégories d'activités essentielles de la vie. Cela pouvait concerner différents domaines comme la réalisation des activités de la vie quotidienne telles que l'hygiène, la préparation de repas, des difficultés de gestion financière ou la capacité à maintenir un réseau social. Finalement, la troisième dimension renvoyait à la persistance du problème, faisant référence aux antécédents de traitements psychiatriques intensifs à plusieurs reprises dans sa vie ou par un séjour prolongé en résidence avec soutien d'une durée assez longue pour avoir perturbé de manière significative sa situation de vie normale.

À partir de cette définition, des chercheurs ont défini et opérationnalisé les maladies mentales graves. Malgré l'absence de consensus scientifique sur ce qu'est un trouble de santé mentale grave et persistant, les résultats de la revue systématique de Zumstein et Riese (2020) mettent en lumière la nécessité de critères de diagnostic, d'invalidité et de durée. Le critère de durée devrait refléter la persistance de l'invalidité et non la durée de la maladie ou du traitement. Par ailleurs, même si les définitions varient d'un auteur à l'autre, les troubles mentaux graves sont généralement inclus dans trois catégories, soit les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles dépressifs majeurs (Sécurité publique du Canada, 2023).

Les comportements agressifs et violents

Dans le langage courant, les termes « violence » et « agressivité » sont souvent employés indistinctement et plusieurs disciplines ne tracent pas de frontières nettes entre ces deux notions. Néanmoins, la violence est généralement considérée comme plus grave en raison des

répercussions qu'elle entraîne (Lemitre, 2017). Dans cette optique, des actes tels qu'un meurtre, un attentat terroriste ou un viol sont généralement désignés comme des actes de violence et non simplement comme des agressions (Lemitre, 2017). Quant à l'agression, bien que diverses définitions existent selon les théories, elle est généralement définie, en psychologie sociale, comme un comportement visant à blesser intentionnellement une autre personne (Baron et Richardson, 1994, cités dans Bègue-Shankland, 2014). L'agression réfère à un comportement observable et non à une émotion ou à une pensée. Elle peut être caractérisée selon trois dimensions. D'abord, elle peut être physique ou verbale, selon qu'elle s'exprime par des gestes ou par des paroles. Ensuite, elle peut être active (par exemple, attaquer une personne en utilisant une partie de son corps ou une arme, voler ou endommager des biens, menacer une personne, propager des rumeurs concernant une personne, etc.) ou passive cette dernière renvoyant à l'omission volontaire d'une action attendue (par exemple, refuser de parler à une personne, de répondre aux questions, refuser d'exécuter une tâche, etc.). Enfin, elle peut être directe ou indirecte, selon si la victime est présente ou absente au moment de l'agression (Buss, 1961, cité dans Bègue-Shankland, 2014). Il existe deux grandes fonctions de l'agression. L'agression hostile vise à nuire ou à faire souffrir autrui, souvent sous l'effet de la colère ou de l'animosité. L'agression instrumentale, en revanche, constitue un moyen d'atteindre un objectif distinct, comme l'obtention d'un bien ou l'exercice d'un contrôle, sans rechercher directement à faire souffrir la victime (Bègue-Shankland, 2014). De manière générale, la littérature scientifique consultée sur ce sujet, utilise les termes « comportement agressif » et « comportement violent ». Bien que le terme diffère, les articles font référence aux mêmes types de comportement. De fait, ces termes seront utilisés de manière interchangeable dans le présent essai.

Le risque de récidive

Il n'existe pas de définition uniforme de la récidive à l'échelle internationale. Ainsi, pour certains, la récidive renvoie à une nouvelle arrestation, tandis que pour d'autres, elle correspond plutôt à une réincarcération ou à une nouvelle condamnation. Les taux de récidive ne sont donc pas disponibles à l'échelle internationale en raison de l'absence de consensus quant à sa définition opérationnelle (Gouvernement du Canada, 2020b). Au Canada, en droit pénal, on

définit la récidive comme « l'acte de la personne qui, ayant été condamnée pour avoir commis une infraction, le commet de nouveau » (Gouvernement du Canada, 2020a). Il y a donc récidive lorsque la personne autrice d'une infraction a déjà fait l'objet d'une première condamnation au moment où elle commet une nouvelle infraction (Gouvernement du Canada, 2020a). Le risque de récidive quant à lui concerne la probabilité qu'une personne commette de nouveau une infraction criminelle à la suite de sa remise en liberté (Gouvernement du Canada, 2020a).

La relation entre la violence et les troubles mentaux graves

La littérature scientifique demeure hétérogène et ne permet pas d'établir un consensus clair quant à la nature exacte du lien entre troubles mentaux graves et violence. Les personnes atteintes d'un trouble mental grave, plus précisément la bipolarité et la schizophrénie, présentent une légère augmentation du risque de comportements violents par rapport à celles qui n'en souffrent pas (Van Dorn et *al.*, 2012). Selon Van Dorn et *al.* (2012), 2,9 % des personnes avec un diagnostic de schizophrénie et 2,1% des personnes avec un diagnostic de bipolarité ont commis un acte violent dans les deux à quatre ans suivant le début de l'étude, contre 0,8 % chez celles sans trouble de santé mentale grave. Par ailleurs, les fusillades de masse, sont généralement commis par des personnes ne souffrant pas de trouble mental grave (Swanson et *al.*, 2021). La plupart des personnes souffrant d'un trouble mental grave ne sont pas violentes et lorsqu'elles commettent des gestes de cette nature, d'autres facteurs sont souvent présents et permettent de mieux comprendre l'adoption de comportements violents (Elbogen et *al.*, 2016; Quinsey et *al.*, 2006). Parmi ceux-ci figurent l'impulsivité dispositionnelle reliée aux caractéristiques de la personne telles que la colère et les menaces perçues, et l'impulsivité situationnelle reliée à des facteurs contextuels comme des épreuves de vie difficiles ou la victimisation et la désinhibition causée par l'abus d'alcool ou de drogues (Elbogen et *al.*, 2016; Quinsey et *al.*, 2006). Une fois ces facteurs écartés, les personnes présentant un trouble mental grave ont une probabilité moins élevée de commettre des actes violents que celles ne présentant pas de trouble mental (Elbogen et *al.*, 2016). D'autres facteurs comme les antécédents de violence, les sévices physiques subis durant l'enfance, le fait d'avoir un père ayant un trouble lié à l'usage de substances ou des comportements criminels, ainsi que la présence de comportements antisociaux et la tendance à

exprimer la colère sont susceptibles de jouer un rôle dans l'adoption de comportements violents (University of Virginia School of Law, s.d.). Certains symptômes spécifiques peuvent accroître le risque de violence comme la grandiosité et l'énergie élevée observées lors des phases maniaques et hypomaniaques du trouble bipolaire (Peterson *et al.*, 2014; Swanson *et al.*, 2006) et les symptômes positifs de la psychose, comme les hallucinations impératives, les délires de persécution et les délires engendrant de la colère (Ullrich *et al.*, 2014). Ce risque est encore plus présent chez les personnes schizophrènes, lorsque ces symptômes s'ajoutent à des antécédents de troubles de conduite durant l'enfance (Swanson *et al.*, 2008).

Les médias jouent un rôle majeur en regard de l'opinion publique lorsqu'il est question de santé mentale (Organisation mondiale de la santé, 2025a). Ils peuvent contribuer à favoriser ou, au contraire, à réduire la stigmatisation dont sont victimes les personnes présentant un trouble mental. La stigmatisation renvoie aux attitudes, aux croyances ainsi qu'aux comportements négatifs envers un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle (Gouvernement du Canada, 2022). Différentes formes de stigmatisation liées à la maladie mentale peuvent être observées, soient la stigmatisation sociale, qui correspond aux appréhensions et réactions de la population, la stigmatisation internalisée, qui se traduit par l'adhésion de la personne aux préjugés et la stigmatisation structurelle, qui renvoie aux obstacles institutionnels limitant la participation sociale et la citoyenneté (Gouvernement du Québec, 2016). La stigmatisation a des effets délétères à plusieurs égards, qu'il s'agisse du développement des troubles de santé mentale ou du maintien de ceux-ci, de la recherche d'aide et de l'isolement social. La stigmatisation est souvent associée à une souffrance davantage importante et persistante que celle causée par la maladie mentale elle-même et ses symptômes (Schulze et Angermeyer, 2003). L'organisation mondiale de la santé (2025a) et l'Institut national de santé publique (2024) précisent que les préjugés persistants à l'effet que la majorité de ces personnes seraient plus susceptibles d'être violentes, dangereuses et imprévisibles que la population sans trouble de santé mentale renforcent la stigmatisation et la discrimination dont ils sont victimes. Cela entraîne, par ailleurs, des conséquences non négligeables en décourageant les personnes à rechercher du soutien, en entraînant une barrière au traitement, en accroissant le sentiment de désespoir et en compliquant

les relations, l'accès à l'éducation et à l'emploi, avec des répercussions pouvant même affecter l'espérance de vie (Gouvernement du Québec, 2021; Institut national de santé publique, 2024).

Question de recherche

Les interventions pharmacologiques destinées aux personnes présentant un trouble psychotique ou un trouble bipolaire accompagné de comportements agressifs ont fait l'objet de nombreuses études et sont bien documentées. Malgré ses limites évoquées en première partie de cet essai, la pharmacologie a démontré des résultats probants afin de diminuer les comportements agressifs chez cette population (Bhavsar et *al.*, 2020; Cavalière et *al.*, 2022; Citrome et *al.*, 2017; Citrome et *al.*, 2019). En revanche, les approches non pharmacologiques semblent moins documentées. Tel que mentionné précédemment, bien que la majorité des personnes ayant un trouble de santé mentale grave ne commettent pas d'actes violents, une proportion en commet. Bien que ce groupe de personnes soit minoritaire, les comportements agressifs ont des conséquences importantes sur les victimes, sur les auteurs eux-mêmes et leur famille. L'ensemble des conséquences justifie la mise en place d'interventions ciblées afin de remédier à la situation. Les données probantes indiquent que l'association de médicaments et de psychothérapie produit de meilleurs résultats dans le traitement des troubles mentaux que chaque intervention utilisée seule (First, 2024). Ainsi, dans un contexte où les approches non pharmacologiques semblent moins documentées, il apparaît nécessaire d'identifier celles qui sont mises en place. Cet essai vise donc à identifier les interventions psychosociales prometteuses pour prévenir les comportements agressifs et violents chez les personnes présentant un trouble psychotique ou un trouble bipolaire.

Méthode

Cet essai présente les résultats d'une revue de littérature, effectuée en juillet 2024, portant sur les interventions psychosociales prometteuses en regard de la réduction des comportements agressifs chez les personnes atteintes de trouble psychotique ou de bipolarité. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis pour orienter la recherche. Les articles devaient s'intéresser aux personnes adultes, devaient être rédigés en anglais ou en français et porter sur le thème des interventions non pharmacologiques destinées aux personnes ayant un trouble de santé mentale grave commettant des actes agressifs ou violents. La recherche a été lancée sur les bases de données : PsycInfo, Medline, CINAHL Complete et Psychology and Behavioral Sciences Collection. Par le biais des thésaurus, des mots-clés ont été déterminés pour chacun des concepts clés : (1) crimes violents ; (2) Trouble de santé mentale grave ; (3) Interventions prometteuses (voir Tableau 1). Afin de cibler les articles en lien avec la question de recherche, ces concepts ont été jumelés au moyen de l'opérateur booléen « AND ». Parmi les résultats, les doublons ont été retirés et les articles sélectionnés ont été choisis en fonction de leur pertinence. Leur pertinence a été jugée selon les critères d'inclusion, et ce, après la lecture des titres et des résumés. Les résultats des articles ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016).

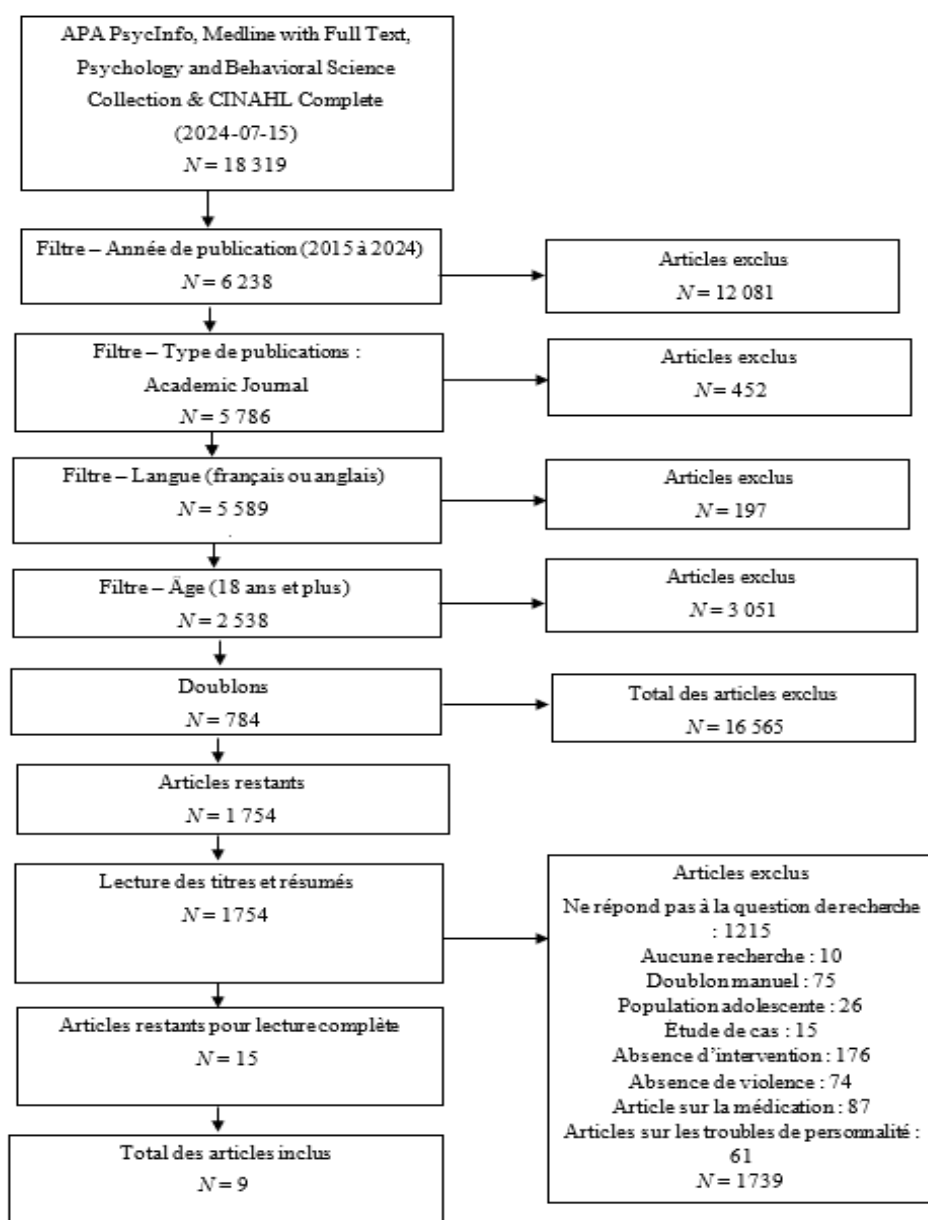
Tableau 1

Concepts et mots-clés utilisés dans les bases de données

Concepts	Mots-clés
Violence	violen* OR offen* OR assault OR aggressi* OR hostile* OR homicide OR recidivis* OR crim*
Trouble de santé mentale	psychosis OR psychotic OR schizo* OR "mentally disordered offender" OR "mentally disordered offenders" OR MDO or "severe mental illness" OR SMI OR bipolar OR "personality disorder" OR "personality disordered"
Interventions prometteuses	intervention* OR therap* OR psychotherap* OR psychological OR "CBT" OR manadeg* OR "reasoning and rehabilitation" OR "R&R" or rehab* OR restorative OR "outpatient commitment" OR involuntary OR disposal OR treatment OR psychoeducation OR counsel*

Comme illustré par la Figure 2, la stratégie de recherche documentaire a permis d'identifier 2 220 références (1 754 sans les doublons). À la suite de la lecture des titres et des résumés, 15 articles ont été conservés. La lecture complète de ces articles a mené à l'exclusion de 6 d'entre eux donc 9 articles ont été conservés à des fins d'analyse.

Figure 2

Procédure de rétention des articles

Résultats

Les troubles mentaux identifiés pour l'essai

Parmi les troubles identifiés dans les articles repérés, lors de la recherche documentaire, figurent le trouble bipolaire, la schizophrénie, d'autres troubles psychotiques et les troubles de la personnalité. Le trouble bipolaire, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques présentent certains points communs, notamment la présence de symptômes psychotiques (Yamada et *al.*, 2020). Dans ce contexte, cela justifie leur regroupement dans cet essai. Concernant les troubles de la personnalité, étant donné la variabilité de ceux-ci, ils ont été exclus.

Description des sources recensées

Les neuf études incluses ont été publiées entre 2018 et 2024 et portent sur les troubles de santé mentale grave. Elles proviennent de divers pays dont les États-Unis ($n = 2$), l'Angleterre ($n = 2$), l'Iran ($n = 2$), le Portugal ($n = 1$), l'Irlande ($n = 1$) et l'Indonésie ($n = 1$). Quatre études ont utilisé un devis pré-expérimental de type pré-post avec groupe unique, deux un devis quasi-expérimental pré-post avec groupe de comparaison non équivalent, trois un devis à séries temporelles et une à une étude de cas qualitative. Les échantillons varient entre 4 à 130 participants. Les participants aux études sont des adultes de 18 ans et plus et la majorité des échantillons sont constitués d'hommes, bien que certaines études incluent des femmes. La majorité des études ont évalué la variable comportements agressifs ($n = 7$). Les autres variables évaluées sont le risque de récidive violente ($n = 3$), la gestion de la colère ($n = 4$), la présence de pensées violentes ($n = 1$), l'engagement dans la thérapie ($n = 1$) et, finalement, la résolution de problèmes ($n = 2$).

Description des études incluses et des programmes évalués

Parmi les programmes dont il sera question dans cette section, deux sont des programmes validés antérieurement par des études d'efficacité : le *Life Minus Violence-Enhanced* (LMV-E) et le *Violent Offender Treatment Program* (VOTP). Les autres programmes évalués par les études retenues dans cet essai sont des programmes *maison* développés spécifiquement pour leur milieu et qui reposent sur des pratiques d'intervention reconnues. Le Tableau 2 présente les programmes

évalués et leur approche dans chacune des études. L'Appendice présente les articles inclus dans cet essai et leurs principaux résultats.

Le LMV-E (Daffern et *al.*, 2018) est un programme de groupe fondé sur l'approche cognitivo-comportementale. Cette approche repose sur le principe que les pensées influencent les émotions et les comportements et qu'elles peuvent être modifiées pour favoriser des changements de comportements (Ngô et Dionne, 2021). Le LMV-E vise à réduire les comportements agressifs et le risque de récidive violente. Le programme cible les hommes qui présentent un risque modéré ou élevé de récidive violente. Il s'étend sur 10 à 12 mois et comprend 125 séances de groupe (soit environ 300 heures), auxquelles s'ajoutent des rencontres individuelles et des exercices à réaliser entre les séances afin de favoriser l'intégration des apprentissages. Le programme est offert dans une unité de sécurité moyenne en milieu hospitalier.

Le VOTP (Howden et *al.*, 2018) est également un programme de groupe structuré selon les principes de la thérapie cognitivo-comportementale. Il vise à réduire les comportements violents et diminuer le risque de récidive. Le programme aborde les comportements violents selon trois dimensions : ceux associés aux symptômes de troubles mentaux, ceux issus de réactions émotionnelles exacerbées par une symptomatologie psychiatrique et ceux qui surviennent indépendamment de toute pathologie mentale. Mis en œuvre dans un contexte hospitalier auprès d'hommes présentant des troubles mentaux et un risque modéré à élevé de récidive violente, une version abrégée du programme, d'une durée de sept mois totalisant 84 heures, a été mise en place et évaluée. Cette version, bien que plus courte, conserve les mêmes objectifs généraux que le programme original et a été discutée et approuvée par les concepteurs du VOTP.

L'étude de Ritcher et *al.* (2018) évalue un traitement de groupe à visée multimodale, ciblant de manière intégrée les besoins biopsychosociaux des participants. L'intervention aborde différentes thématiques la santé physique et mentale, les troubles liés à l'usage de substances, la gestion des comportements problématiques, les habiletés de vie quotidienne, les sphères

éducative, occupationnelle, créative ainsi que les relations interpersonnelles et vise à réduire la propension à la violence. Ce programme déployé en milieu hospitalier, pouvant durer jusqu'à quatre ans, inclut des séances de groupe et individuelles, et se conclut par une évaluation avant la sortie des participants.

Dans l'étude de Buanasari et *al.* (2020), les auteurs évaluent un programme combiné qui intègre la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la psychoéducation familiale (FPE) aux traitements habituels (TAU) en milieu hospitalier. Selon Ngô et Dionne (2021), l'ACT est défini comme :

Une thérapie expérientielle qui amène les patients à entrer en contact avec leurs expériences personnelles au moment présent, sans s'y identifier, sans tenter de les contrôler, afin de leur permettre de poser des actions concrètes et de vivre conformément à leurs valeurs.

La FPE constitue une démarche structurée intégrant les membres de la famille du patient pour notamment les informer, les éduquer sur la maladie et développer leurs compétences afin qu'ils puissent aider leur proche à mieux gérer sa maladie (Lucksted et *al.*, 2012). Les interventions sont majoritairement individuelles, sauf la FPE qui est offerte en groupe. L'intervention cible des hommes atteints de schizophrénie présentant des comportements agressifs. Les TAU consistent en sept séances portant sur l'activité physique, la gestion pharmacologique, l'expression émotionnelle et le soutien spirituel. L'ACT (quatre séances) favorise l'acceptation des expériences internes difficiles et l'engagement dans des actions guidées par les valeurs personnelles, tandis que la FPE (six séances de groupe) vise à outiller les familles pour soutenir efficacement leurs proches.

Johnson et *al.* (2020) ont évalué l'effet d'un programme bref en ligne destiné à réduire l'impulsivité émotionnelle et l'agressivité chez des personnes ayant un trouble bipolaire présentant des niveaux d'impulsivité et d'agressivité supérieurs à la norme. Les participants ont suivi six modules hebdomadaires, d'une durée maximale de 45 minutes chacun à leur rythme. L'intervention comportait des composantes psychoéducatives sur les déclencheurs et signes

avant-coureurs de la colère, l'identification des facteurs de risque personnels et l'apprentissage de techniques de relaxation ainsi que d'autres stratégies d'adaptation.

L'étude de Albino et *al.* (2023) a évalué l'efficacité d'un bref programme d'intervention en groupe composé de six séances. Ce programme est destiné à prévenir les comportements violents chez des patients hospitalisés (hommes et femmes) présentant une schizophrénie ou un autre trouble psychotique. Le programme vise l'amélioration des compétences sociales et la réduction des prédicteurs de violence. Il s'appuie sur des méthodes actives, telles que la modélisation, les jeux de rôle et l'établissement d'objectifs concrets favorisant l'autocontrôle et les habiletés interpersonnelles.

L'étude de Khan et *al.* (2023) analyse l'impact de l'entraînement à la remédiation cognitive (CRT) et de l'entraînement à la cognition sociale (SCT) sur l'agressivité impulsive. Les interventions visent à réduire l'agressivité impulsive en améliorant les capacités cognitives et sociales des personnes. Elles ont été offertes individuellement à des hommes et des femmes atteints de schizophrénie chronique ou de trouble schizo-affectif depuis plus de cinq ans, ayant présenté au moins un épisode agressif dans l'année précédente. Les résultats ont été comparés à ceux d'un groupe n'ayant pas reçu d'entraînement à la cognition sociale.

L'étude de Ghouhani et *al.* (2018) examine les effets d'un programme de groupe de six séances, fondé sur l'ACT, offert à des hommes hospitalisés pour psychose induite par la consommation d'amphétamines et présentant une agressivité marquée. Le programme vise à améliorer la santé des personnes et réduire leur agressivité. L'intervention, combinée aux traitements usuels, est comparée à un groupe recevant uniquement les TAU.

L'étude de Rezai et *al.* (2022) a exploré les effets d'une intervention éducative ciblant la gestion de la colère chez des personnes (femmes et hommes) ayant un trouble bipolaire. L'intervention, dispensée en quatre séances de groupe, visait à favoriser la reconnaissance, la compréhension et la régulation des émotions par le biais de diverses stratégies éducatives.

Tableau 2*Tableau résumé des programmes des études incluses*

Étude	Approche d'intervention	Nombre de séances	Format		Lieu
			Individuel	Groupe	
Daffern <i>et al.</i> (2018)	Approche cognitivo-comportementale, conçue pour agir sur les composantes cognitives et comportementales des participants en vue de réduire les comportements agressifs et le risque de récidive violente.	N = 125 séances totalisant environ 300 heures d'intervention de groupe	X	X	Milieu hospitalier
Howden <i>et al.</i> (2018)	Approche cognitivo-comportementale visant la réflexion sur leurs pensées et émotions afin de mieux gérer leur colère et à réduire les comportements violents.	Version abrégée de 7 mois totalisant 84 heures d'intervention		X	Milieu hospitalier
Buanasari <i>et al.</i> (2020)	Approche basée sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), la psychoéducation familiale (FPE) et les traitements habituels (TAU).	N = 19 séances (ACT = 4 séances, FPE = 6 séances de 30 à 45 minutes et TAU = 7 séances de 30 à 45 minutes)	X	X	Milieu hospitalier

Étude	Approche d'intervention	Nombre de séances	Format		Lieu
			Individuel	Groupe	
Johnson <i>et al.</i> (2020)	Approche non spécifiée incluant des composantes psychoéducatives sur les déclencheurs et signes avant-coureurs de la colère, l'identification des facteurs de risque personnels, ainsi que l'apprentissage de techniques de relaxation et de stratégies d'adaptation.	N = 6 séances (45 minutes par séance)	X		En ligne (auto-administré)
Albino <i>et al.</i> (2023)	Approche non spécifiée utilisant la modélisation, les jeux de rôle et l'établissement d'objectifs favorisant l'autocontrôle et les habiletés interpersonnelles pour prévenir les comportements violents.	N = 6 séances (45 minutes par séance)		X	Milieu
Khan <i>et al.</i> (2023)	Approche visant l'entraînement à la remédiation cognitive (CRT) et l'entraînement à la cognition sociale (SCT) pour diminuer l'agressivité impulsive.	N = 36 séances (CRT = 24 séances de 45 minutes, SCT = 12 séances de 45 minutes)	X		Milieu hospitalier
Richter <i>et al.</i> (2018)	Approche multimodale ciblant de manière intégrée les besoins psychosociaux des participants.	N = Variable avec des séances pouvant être offertes pendant une période pouvant aller jusqu'à 4 ans (nombre	X	X	Milieu hospitalier

Étude	Approche d'intervention	Nombre de séances	Format	Lieu
		de séances et durée des séances inconnus)	Individuel Groupe	
Ghouchani et al. (2018)	Approche basée sur l'ACT ayant pour but d'améliorer la santé et réduire l'agressivité des personnes.	N = 6 séances (durée des séances indéterminée)	X	Milieu hospitalier
Rezai et al. (2022)	Approche non spécifiée visant à favoriser la reconnaissance, la compréhension et la régulation des émotions par le biais de stratégies éducatives.	N = 4 séances (durée des séances inconnue)	X	Milieu hospitalier

Effets des interventions évaluées

Différentes variables ont été évaluées par les auteurs afin de déterminer l'efficacité de leurs interventions sur la réduction des comportements agressifs. Les variables évaluées concernaient le risque de récidive, les comportements agressifs, l'engagement dans la thérapie, les pensées violentes, la gestion de la colère et la résolution de problèmes.

Le risque de récidive violente

Trois programmes implantés auprès d'hommes souffrant de troubles mentaux, présentant des antécédents de comportements violents et résidant en milieu hospitalier, ont démontré une diminution du risque de récidive après la participation à leur programme d'intervention. Le programme LMV-E, le VOTP (Daffern *et al.*, 2018; Howden *et al.*, 2018), basés sur une approche cognitivo-comportementale, et le programme basé sur une approche multimodale de Ritsher *et al.* (2018), visant à couvrir l'ensemble des besoins biopsychosociaux des participants présentent des résultats positifs.

Les trois études ont administré le Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) pour évaluer le risque de récidive et, dans le cadre du VOTP (Howden *et al.*, 2018). Le Violent Risk Scale (VRS) et le Goal Attainment Scaling for Violence (GAS-V) ont aussi été utilisés pour saisir le changement individuel relié au traitement, en s'appuyant sur l'opinion des facilitateurs du programme, des équipes multidisciplinaires et de l'autoévaluation des patients. Dans ce programme, selon l'évaluation effectuée à l'aide du HCR-20, le risque de récidive est demeuré stable avant et après la complétion du programme. Toutefois, 52 % des participants ont vu leur risque de récidive diminuer, tandis que, pour 48 % il est demeuré stable, selon l'outil VRS. Selon un autre outil, soit le GAS-V, 60 % des participants ont montré une diminution du risque de récidive, alors que 40 % n'ont démontré aucun changement. Pour le programme multimodal (Ritsher *et al.*, 2018), la participation active et l'engagement dans les interventions psychosociales multimodales, mesurées par l'échelle Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Management Manual 3 (DUNDRUM-3), ont été associés à une réduction du risque de récidive selon le HCR-20. Cette étude rapporte que les effets au niveau du risque de récidive

varient en fonction de la sévérité des symptômes psychiatriques et le degré d'atteinte cognitive des participants, puisque plus les altérations cognitives et les symptômes sont importants, moins les effets positifs du traitement sur la réduction du risque de violence sont marqués. Finalement, concernant le programme LMV-E (Daffern *et al.*, 2018), une diminution du risque de récidive a été notée pour le groupe LMV-E et le groupe de comparaison non équivalent. Toutefois, le groupe LMV-E a montré un maintien et une amélioration supplémentaire du risque à long terme.

Les comportements agressifs et violents

Sept programmes d'intervention ont démontré des améliorations significatives en regard des comportements agressifs. L'étude de Buanasari *et al.* (2020) s'intéressant à l'ACT, la FPE en complément aux traitements habituels a démontré des retombées positives sur la réduction des comportements agressifs. L'étude a utilisé le Stuart Stress Adaptation Model comme outil d'évaluation. Les résultats ont montré une réduction progressive des symptômes d'agressivité, passant de 9 à 13 symptômes en début de programme à 0 à 4 symptômes à la septième séance. De plus, la capacité des participants à appliquer des stratégies pour contrôler leur colère et réduire leurs comportements agressifs s'est améliorée. Le score de maîtrise de ces stratégies est passé d'une ou deux stratégies maîtrisées au départ à sept stratégies pour tous les participants, à la fin du programme. De plus, l'étude de Rezai *et al.* (2022), visant à favoriser la reconnaissance, la compréhension et la régulation des émotions par le biais de stratégies éducatives, a utilisé le State Trait Anger Expression Inventory II (STAXI-2) pour évaluer divers aspects de la colère. L'étude a démontré que l'éducation à la gestion de la colère a permis de réduire le score d'agressivité moyen immédiatement après l'intervention et deux semaines plus tard, avec une réduction significative ($p < 0,001$). L'étude de Daffern *et al.* (2018), basée sur une approche cognitivo-comportementale, met en lumière que le groupe traitement et le groupe non-équivalent ont montré une réduction des comportements agressifs, avec une amélioration de la capacité à réguler la colère, à se calmer, à limiter les agressions verbales et physiques et à adopter des comportements constructifs lorsqu'ils étaient provoqués. La fréquence de la colère a diminué, de même que la durée des épisodes et le degré de tension somatique et d'irritabilité. Bien que le groupe LMV-E (Daffern *et al.*, 2018) ait présenté un avantage supplémentaire sur certains aspects

de la régulation de la colère ainsi qu'une réduction de la sensibilité à la provocation, ces effets n'ont pas été maintenus entre la fin du traitement et le suivi 12 mois après la complétion du programme. Dans l'étude de Khan et *al.* (2023) mettant l'accent sur l'entraînement à la remédiation cognitive et à la cognition sociale, montre également des bénéfices importants. Dans cette étude, ces deux groupes ont montré une diminution des agressions verbales et physiques envers les autres, mais pas au niveau des comportements auto-agressifs ou suicidaires, selon le l'outil OAS-M. Les effets étaient plus importants sur toutes les agressions à l'exception des agressions contre les objets, pour le groupe bénéficiant de l'entraînement à la remédiation sociale et à la cognition sociale. Aucune différence significative n'a toutefois été notée concernant l'agression impulsive.

Les comportements agressifs ou les réactions inadaptées à la colère, à la frustration ou au stress sont particulièrement marqués lorsque la personne ne possède pas d'autres stratégies pour réagir de manière appropriée (Albino et *al.*, 2023). L'étude de Albino et *al.* (2023), a montré qu'environ 90 % des participants ne présentaient plus de comportements agressifs après le programme, tels que de l'agitation, des crises de colère et des agressions verbales ou physiques selon les outils d'évaluation Personal and Social Performance Scale (PSP) et le Forensic Early Signs of Aggression Inventory (FESAI). Avant l'intervention, seulement 40 % des participants ne présentaient aucun comportement agressif alors que 86,7% n'en présentaient pas après l'intervention. Les comportements agressifs classés légers ont diminué de 20 % à 6,7 %, les comportements manifestes de 13,3 % à 0 %, les comportements marqués ont légèrement baissé passant de 13,3 % à 6,7 % et les comportements très graves, initialement à 13,3 %, ont complètement disparu après l'intervention. L'étude de Johnson et *al.* (2020) a démontré, grâce à l'outil d'évaluation MOAS, une diminution de 45 % du score global de gravité de l'agression après la participation au programme. Ces progrès ont été maintenus lors du suivi qui a eu lieu trois mois après la fin de l'intervention. Une réduction significative de la colère, de l'agressivité verbale et physique ainsi que de l'impulsivité émotionnelle selon le Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) et le Feelings Trigger Action Impulsivity Scale a aussi été constatée à la suite du programme et ces progrès ont été maintenus lors du suivi. Les tailles d'effet variant de

1,00 à 1,32 indiquent des différences statistiquement significatives ($p \leq 0,01$). Ghouchani *et al.* (2018) ont constaté une diminution significative de l'agressivité verbale et physique, de la colère et de l'hostilité pour le groupe traitement ($t(14) = 17,648$; $p < 0,001$), tandis que le groupe témoin n'a montré aucun changement significatif ($t(14) = 4,901$; $p = 0,285$) entre la première séance et la dernière séance, grâce à l'outil Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ).

Les pensées violentes

Seule l'étude de Howden *et al.* (2018) a évalué directement l'impact d'un programme axé sur une approche cognitivo-comportementale, sur les pensées violentes. Après la complétion du programme, les auteurs rapportent que 60 % des participants ($n = 15$) ont présenté une diminution qu'ils décrivent comme cliniquement significative, ces derniers ne rapportant plus de pensées violentes. À l'inverse, 28 % ($n = 7$) ont indiqué une augmentation de celles-ci, dont 5 de manière cliniquement significative, tandis que 12 % ($n = 3$) n'ont montré aucun changement. L'évaluation a été réalisée à l'aide du Firestone Assessment of Violent Thoughts (FAVT).

L'engagement dans la thérapie

Seule l'étude de Buanasari *et al.* (2020) s'est intéressée à l'engagement dans la thérapie. Les auteurs indiquent que l'ACT, la FPE en complément aux traitements habituels ont favorisé l'engagement des participants dans la thérapie. Cet engagement est constaté par leur participation active aux interventions thérapeutiques et leur adhésion au traitement pharmacologique. Les interventions basées sur l'ACT visaient à amener les participants à discuter de leurs expériences désagréables, à explorer leurs réactions liées à ces expériences ainsi qu'à en identifier les impacts. Ces séances incluaient également des exercices d'acceptation et un travail sur les valeurs personnelles, afin de favoriser un engagement vers des actions cohérentes avec ces valeurs. La FPE était mise en place pour soutenir leurs proches. De l'éducation destinée aux familles était offerte. La gestion du stress familial et de la charge familiale, l'utilisation du système de soutien ainsi que l'évaluation des bénéfices de la psychoéducation pour la famille étaient des thématiques abordées. L'engagement dans la thérapie était mesuré par trois items : l'expression des événements désagréables et l'identification des valeurs, l'acceptation de la maladie et des

expériences désagréables ainsi que l'engagement pour prévenir les rechutes. L'engagement dans la thérapie a été évalué au cours des différentes séances offertes, mais aucun outil standardisé n'a été utilisé pour le mesurer. Toutefois, l'étude démontre bien que la combinaison de ces approches s'est révélée plus efficace que les TAU seuls pour diminuer les comportements agressifs et améliorer la santé générale des clients atteints de schizophrénie.

La résolution de problèmes

L'étude de Darffern et *al.* (2018), basée sur une approche cognitivo-comportementale, indique que les deux groupes ont amélioré leur capacité à résoudre les problèmes selon le SPSI-R. Le groupe ayant participé au LMV-E a néanmoins montré un avantage global (SPSI-R GAS) ($p = 0,08$). Aucun effet supplémentaire n'a été observé au suivi un an plus tard. De son côté, l'étude de Albino et *al.* (2023) dont l'approche n'est pas précisée, mais qui vise l'apprentissage et le renforcement des compétences sociales ainsi que la réduction des prédicteurs de violence rapporte également des bénéfices en résolution de problèmes. La proportion de participants ayant des capacités réduites de résolution de problèmes est passée de 73,2 % avant l'intervention à 40 % après, selon le test de McNemar ($p = 0,032$), démontrant donc une amélioration quant à leurs compétences interpersonnelles à résoudre des problèmes.

La gestion de la colère

Quatre études ont évalué la gestion de la colère à la suite de la participation à un programme d'intervention ciblé. Dans l'étude de Daffern et *al.* (2018), 26 séances concernaient l'acceptation émotionnelle, la réactivité et la régulation. Les résultats indiquent que les participants du groupe traitement et du groupe non-équivalent ont amélioré leur capacité à réguler les pensées générant la colère, à limiter l'agression verbale et physique et à adopter un comportement constructif lorsqu'ils sont provoqués, selon les outils SPSI-R, le NAS et le STAXI-2. Par ailleurs, la fréquence à laquelle la colère se manifestait et était exprimée était moins présente. Le groupe traitement a également présenté un avantage supplémentaire au niveau de la capacité à réguler leur colère et seul ce groupe a démontré une réduction de la sensibilité à la provocation. Howden et *al.* (2018), utilisant l'outil d'évaluation STAXI-2, rapportent qu'une majorité des participants (52 %) a montré une amélioration cliniquement significative dans

l'expression de la colère, tandis que 24 % ont présenté une détérioration et 24 % sont restés inchangés, illustrant que les effets peuvent varier selon les personnes et les contextes. Bunasari et *al.* (2020) observent, après des interventions combinant les TAU, l'ACT et la FPE, une augmentation de leurs compétences pour contrôler leur colère et exprimer leurs émotions de manière adéquate. Les habiletés des participants à utiliser des stratégies pour gérer leur colère sont passées d'un score 1 à, selon les participants, à un score de 7 pour tous selon l'outil d'évaluation STUART. Enfin, dans l'étude de Johnson et *al.* (2020), des composantes psychoéducatives sur les déclencheurs de l'agression et les signes avant-coureurs de la colère ainsi que l'apprentissage de techniques de relaxation et de stratégies d'adaptation ont été mis en place. Ils mentionnent qu'à la suite de la complétion du programme et au suivi post-programme, les participants ont montré une réduction significative de la colère, de l'agressivité verbale et physique, ainsi que de l'impulsivité émotionnelle, mesurée avec le Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) et le Feelings Trigger Action Impulsivity Scale. Les effets étaient importants, avec des tailles d'effet allant de 1,00 à 1,32, et les différences étaient statistiquement significatives ($p \leq 0,01$).

Discussion

Le présent essai a permis de documenter les interventions psychosociales récentes réalisées dans plusieurs pays afin de réduire les comportements agressifs et diminuer le risque de récidive violente chez des adultes ayant un trouble psychotique ou un trouble bipolaire. Les interventions basées sur l'approche cognitivo-comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement, l'entraînement à la remédiation cognitive et la cognition sociale, le développement de compétences quant à la résolution de problèmes et la régulation émotionnelle ont démontré des résultats positifs quant à la diminution des comportements agressifs.

Le risque de récidive violente

Les résultats obtenus par les études réalisées en lien avec le programme LMV-E, le VOTP (Daffern *et al.*, 2018; Howden *et al.*, 2018) et le programme de Ritcher *et al.* (2018) démontrent tous une diminution du risque de récidive violente bien que les résultats varient selon les outils de mesure utilisés et les caractéristiques des participants. Les programmes de Daffern *et al.* (2018) et d'Howden *et al.* (2018) reposent sur une approche cognitivo-comportementale alors que le programme de Ritcher *et al.* (2018) cible de manière intégrée les besoins biopsychosociaux des participants. L'étude de Howden *et al.* (2018) a utilisé trois outils d'évaluation afin de mesurer le risque de récidive violente (HCR-20; VRS; GAS-V). Le risque de récidive a diminué selon le VRS et le GAS-V, mais pas selon le HCR-20. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que les outils évaluent des variables différentes. Alors que le HCR-20 met davantage l'accent sur les attitudes et les facteurs cognitifs, les autres outils s'attardent aux comportements observables. Par ailleurs, l'étude de Ritcher *et al.* (2018) indique que les bénéfices des interventions dépendent des altérations cognitives et de la sévérité des symptômes psychiatriques des participants. Bien que l'étude démontre une diminution du risque de récidive, les effets positifs du programme sont moins présents chez les personnes ayant des difficultés cognitives ou des symptômes psychiatriques importants (Ritcher *et al.*, 2018). Cela laisse penser que les personnes ayant des difficultés cognitives et symptômes psychiatriques sévères retirent moins de bienfaits de leur participation au programme comparativement aux autres participants. Dans cette optique, il pourrait être pertinent d'adapter l'intervention aux capacités cognitives de la personne ou d'offrir,

au besoin, un traitement préalable aux personnes présentant des symptômes psychiatriques importants, pour, par la suite, favoriser une meilleure réceptivité de ces personnes au programme. D'ailleurs, la prise en considération de la réceptivité spécifique faisant référence au fait que les stratégies et les interventions doivent être adaptées à la compréhension des personnes, à la personnalité et à leurs caractéristiques personnelles, est un élément essentiel selon le modèle Risque-Besoins-Réceptivité, reconnu comme le modèle d'intervention le plus probant en matière de prévention de la récidive (Benbouriche et *al.*, 2014). Malgré ces nuances, les résultats démontrent bien que des interventions basées sur une approche cognitivo-comportementale et les interventions multimodales, qui prennent en considération l'ensemble des besoins biopsychosociaux des participants semblent avoir des retombées prometteuses pour diminuer le risque de récidive violente.

Les comportements agressifs

Sept programmes d'intervention ont démontré des améliorations significatives pour diminuer les comportements agressifs et l'étude d'Albano et *al.* (2023) souligne que les comportements agressifs très graves ont complètement disparu à la suite du programme. Ces améliorations s'expliquent notamment par le fait que les participants ont appris à mettre en pratique des stratégies pour contrôler leur colère et gérer leurs émotions de même que par l'amélioration des fonctions cognitives. Toutefois, l'étude de Daffern et *al.* (2018) démontre que les effets observés n'ont pas été maintenus 12 mois après la complétion du programme alors que l'étude de Johnson et *al.* (2020) rapporte que les progrès ont été maintenus 3 mois après la fin du programme. Ces constats soulèvent la pertinence d'examiner les bénéfices d'un suivi personnalisé à la fin du programme afin de favoriser le maintien des acquis à plus long terme. En mettant en place un programme de maintien des acquis, cela pourrait permettre aux personnes de conserver leurs acquis tout en réduisant le risque d'une réhospitalisation. Les soins de suivi après une hospitalisation, comme les rencontres de suivi offertes de façon continue, la surveillance de médicaments, différentes formes d'aide dont la participation à des groupes de soutien peuvent aider les patients à gérer leurs symptômes et ainsi réduire le risque d'une nouvelle hospitalisation à la suite de leur séjour (Institut canadien d'information sur la santé, 2025).

Les pensées violentes

Seule l'étude de Howden et *al.* (2018), basée sur une approche cognitivo-comportementale, a évalué directement l'impact du programme sur les pensées violentes et les résultats sont mitigés considérant que pour un nombre non négligeable de personnes, ces dernières ont eu une augmentation de leurs pensées violentes ou aucun changement. Les auteurs de l'étude soulignent, chez les participants ayant eu une diminution de leurs pensées violentes, que les résultats peuvent être reliés à un biais de désirabilité sociale ou à une prise de conscience importante à la suite de la complétion du programme. L'utilisation d'outils standardisés avec de bonnes qualités psychométriques pourrait diminuer la possibilité d'un biais de désirabilité sociale et donner des résultats davantage précis. Pour les autres, qui ne présentent aucun effet positif sur la diminution de leurs pensées violentes, cela souligne l'importance qu'un programme intervienne sur plusieurs dimensions contribuant aux comportements violents et agressifs. Dans cette optique, un programme ciblant la gestion des pensées violentes plutôt que la cessation des pensées violentes pourrait être plus pertinent à mettre en place. En ce sens, un programme basé sur l'ACT qui vise principalement à changer la relation que la personne entretient avec ses pensées, afin qu'elles ne dictent plus son comportement plutôt qu'à modifier le contenu de ses pensées, pourrait s'avérer intéressant.

La résolution de problèmes

L'étude de Darffern et *al.* (2018) et l'étude de Albano et *al.* (2023) rapportent des bénéfices chez les participants au niveau de leur capacité à résoudre les problèmes. La mise en place d'interventions ciblant la résolution de problèmes notamment le développement d'habiletés de communication, la gestion des situations conflictuelles, l'autocontrôle ainsi que la gestion du stress et de la colère a permis d'apprendre aux participants de nouvelles façons de réagir aux problèmes. Les personnes apprennent donc à analyser les situations qu'ils considèrent frustrantes ou problématiques et à déterminer plusieurs stratégies pour régler leur problème, plutôt que d'agir sous le coup de l'impulsivité. Cela contribue donc à réduire l'adoption de comportements

agressifs et à encourager le recours à des comportements assertifs (Albano et *al.*, 2023; Daffern et *al.*, 2018).

La gestion de la colère

Les quatre études montrent que les programmes ciblant la gestion de la colère peuvent avoir des effets positifs en réduisant le recours aux comportements agressifs. Ces interventions comportaient diverses approches visant la reconnaissance et la régulation des émotions à l'aide de stratégies concrètes. Par exemple, l'étude de Buanasari et *al.* (2020) proposait des exercices de respiration, des moyens d'exprimer et de relâcher la colère (comme frapper des objets mous), des discussions autour de leurs expériences désagréables et de leurs réactions, ainsi qu'un travail sur l'acceptation des situations, l'identification des valeurs personnelles et la mise en action en cohérence avec celles-ci. Quant à l'étude de Johnson et *al.* (2020), les participants ont reçu de la psychoéducation sur la distinction entre la colère et l'agression, les déclencheurs de l'agression et les signes avant-coureurs de la colère, la détection des signes physiologiques, cognitifs et comportementaux, de même que sur des stratégies d'autoapaisement, telles que la respiration diaphragmatique, permettant de canaliser la colère afin d'éviter des réactions agressives regrettables. Par ailleurs, ils ont suivi leur colère et leur agressivité via des journaux de suivi personnels et élaboré des plans comportant des solutions afin d'appliquer efficacement des stratégies d'adaptation dans des situations à risque. Malgré des résultats positifs pour plusieurs personnes, l'étude de Howden et *al.* (2018) démontre bien des changements inverses ou une absence de changement chez les participants. Les auteurs de cette étude soulignent que les résultats peuvent être reliés à un biais de désirabilité sociale ou à une meilleure compréhension à la suite de la complétion du programme. Les auteurs soulignent que ces interprétations sont incertaines parce qu'aucune mesure n'a été effectuée pour vérifier ces biais de réponse. La littérature fait mention qu'une mauvaise gestion de la colère constitue un facteur de risque pour l'adoption de comportements agressifs et violents (Haute autorité de santé, 2011). Dans cette optique, il apparaît essentiel de développer et de mettre en œuvre des programmes ciblant cette dimension pour entraîner une réduction du risque de comportements agressifs. Il serait important de s'assurer d'avoir des résultats fidèles au cheminement des participants, en contrôlant les biais

possibles. En ce sens, si le programme ne permet pas aux participants de mieux gérer leur colère, une évaluation du programme serait pertinente pour éclairer la prise de décisions et améliorer l'efficacité continue des programmes (Goulet et *al.*, 2021).

Violence et troubles mentaux graves : facteurs de risque et facteurs de protection

Lorsque les personnes ayant un trouble mental grave posent des actes violents, d'autres facteurs sont généralement en cause (Elbogen et *al.*, 2016; Quinsey et *al.*, 2006). Dans cette perspective, bien que des interventions psychosociales spécifiques visant notamment la reconnaissance et la gestion des émotions ainsi que la résolution de problèmes permettent de réduire et prévenir les comportements violents, il apparaît intéressant de s'attarder aux autres facteurs pouvant y contribuer (Haute autorité de santé, 2011). Parmi les facteurs de risque identifiés dans la littérature, l'abus de substances et la présence d'un trouble de la personnalité antisociale occupent une place importante dans la survenue de comportements violents chez les personnes vivant avec une schizophrénie ou un trouble bipolaire (Haute autorité de santé, 2011). D'autres facteurs de risque sont identifiés comme pouvant accroître le risque de passage à l'acte violent comme le défaut d'accès aux soins, l'incapacité à demander de l'aide, le déni du trouble mental ou une faible conscience de la maladie, la durée prolongée d'une psychose non traitée, l'absence d'alliance thérapeutique réelle, la rupture du suivi psychiatrique, la non-observance du traitement pharmacologique ainsi qu'un suivi insuffisant à la suite d'une hospitalisation (Haute autorité de santé, 2011). À l'inverse, la littérature met en évidence une corrélation positive entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats thérapeutiques. Ainsi, une relation de confiance constitue un levier essentiel pour favoriser la stabilité et réduire la probabilité que surviennent des comportements violents (Haute autorité de santé, 2011).

Dépistage et approche collaborative

Puisque les facteurs de risque spécifiques à cette population sont connus (Haute autorité de santé, 2011), une piste d'action à envisager consiste à améliorer le dépistage des personnes présentant des troubles mentaux pouvant présenter un risque de violence. La combinaison d'observations et d'entretiens approfondis ciblant les facteurs de risque et les facteurs de

protection permettrait de réaliser un portrait plus juste de la situation de la personne et, ainsi, d'intervenir plus efficacement. Par exemple, s'il est relativement facile de repérer les personnes psychotiques présentant de nombreux symptômes positifs, il en va autrement pour celles qui sont isolées, repliées sur elles-mêmes et présentant des symptômes négatifs (Denoncourt et *al.*, 2000). Par ailleurs, la recherche de comorbidités lors d'entretiens chez le patient favoriserait une prise en charge plus complète et mieux adaptée à sa réalité (Haute autorité de santé, 2011). Cependant, ce dépistage doit tenir compte des difficultés spécifiques des personnes vivant avec un trouble de santé mentale grave. Par exemple, celles-ci sont réticentes à solliciter des services d'aide, en raison de la stigmatisation vécue (Commission de la santé mentale du Canada, 2020). Leur accès aux services est également limité par plusieurs obstacles comme la sévérité de leur trouble mental, leurs différentes difficultés d'adaptation, l'adoption de stratégies de survie inefficaces, des comportements jugés inacceptables ou une incompatibilité avec les critères d'admissibilité de différents services offerts (Denoncourt et *al.*, 2000).

Dans ce contexte, la mise en valeur de la pratique *Outreach* qui consiste à rechercher activement la clientèle où elle se trouve, en dehors de la trajectoire formelle de demande de services, et à l'aider à satisfaire ses besoins s'avère prometteuse. Celle-ci doit toutefois être bien réalisée par les intervenants en adaptant leurs approches et leurs interventions afin de bien saisir leurs besoins (Denoncourt et *al.*, 2000). À cet effet, pour maximiser l'efficacité de cette approche, il est essentiel de renforcer la collaboration entre les partenaires, qu'ils soient issus des secteurs public ou communautaire, pour maximiser l'aide offerte. De surcroît, la formation du personnel intervenant est essentielle afin de permettre la réalisation d'interventions de qualité auprès de cette clientèle pouvant peu ouvertes (Denoncourt et *al.*, 2000). Certaines personnes peuvent fuir et percevoir toute tentative d'approche comme une menace, surtout lorsque des souvenirs de soins psychiatriques difficiles surviennent (Denoncourt et *al.*, 2000). Une fois cette clientèle rejointe grâce à la pratique *Outreach*, il devient possible de soutenir plus efficacement l'engagement dans le traitement et de mettre des interventions en place qui s'avèrent pertinentes. L'étude de Buanasari *et al.* (2020) souligne que l'ACT et la FPE favorise l'implication des participants dans la démarche d'aide et l'adhésion au traitement pharmacologique. Cela suggère

que des programmes basés sur l'ACT et la FPE pourraient être prometteurs. Par ailleurs, des interventions basées sur l'entraînement à la remédiation cognitive et à la cognition sociale (Khan et al., 2023), le développement de compétences quant à la résolution de problèmes (Albino, 2023; Daffern et al., 2018.) seraient pertinentes à mettre en place. Plus précisément, diverses interventions notamment l'identification des déclencheurs à l'agression et des signes avant-coureurs de la colère, la reconnaissance des signes physiologiques, cognitifs et comportementaux de la colère, l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle (Johnson et al., 2020), les activités favorisant l'acceptation de la maladie et des expériences de vie désagréables, la capacité à exprimer ces expériences et à identifier les valeurs associées (Buanasari et al., 2020), le développement d'habiletés de communication (Albino et al., 2023) permettent d'avoir, de manière générale, des retombées positives. Bien que les approches cognitivo-comportementales, d'acceptation-engagement, multimodales ainsi que celles de remédiation cognitive et sociale poursuivent un objectif commun de réduction des comportements violents, elles se distinguent par leurs cibles d'intervention. Les premières misent sur la restructuration cognitive et la modification des comportements et les secondes mettent l'accent sur la flexibilité psychologique et les valeurs personnelles (Ngô et Dionne, 2021). Les tertiaires offrent une approche intégrée prenant en considération des composantes biopsychosociales de la personne (Ritcher et al., 2018) et les quaternaires visent spécifiquement à améliorer les fonctions cognitives ainsi que la reconnaissance des émotions et des états mentaux (Khan et al., 2023). L'intégration de ces approches pourrait offrir une perspective plus complète pour apporter des changements.

Par ailleurs, bien que les interventions offrent des retombées positives, l'étude de Ritcher et al. (2018), démontre bien que les retombées positives du programme sont moins présentes chez les participants qui ont des atteintes cognitives ou des symptômes psychiatriques sévères. Dans plusieurs autres études recensées dans le cadre de cet essai, ces patients ont d'ailleurs été exclus tout comme ceux ayant des symptômes psychotiques, un trouble lié à l'usage d'alcool ou de substances et ceux faisant usage de méthamphétamines durant l'intervention (Albino et al., 2023; Daffern et al., 2018; Ghouchani et al., 2018; Johnson et al., 2020; Khan et al., 2023; Rezai et al.,

2022). Cela soulève le questionnement de leur offrir un traitement préalable ou d'adapter les interventions pour qu'elles soient accessibles et efficaces auprès de ces personnes.

Limites de l'essai

La majorité des études recensées dans cet essai utilisent un devis pré-experimental ou quasi-experimental sans groupe de comparaison ou avec un groupe de comparaison non-équivalent. Par ailleurs, certaines études sont réalisées avec de petits échantillons, ce qui limite la généralisation des résultats. De surcroît, toutes les études, à l'exception d'une, sont menées dans des milieux spécifiques, soient des hôpitaux psychiatriques et des unités médico-légales et sont menées majoritairement auprès d'hommes, ce qui limite encore la généralisation des résultats. Malgré cette limite, les études permettent d'apporter des pistes d'intervention concrètes en matière d'intervention pour les personnes hébergées dans ces milieux. De plus, plusieurs études mesurent les effets immédiatement après l'intervention ou à très court-terme ce qui empêche de savoir si les bénéfices se maintiennent dans le temps. Une autre limite à soulever est le fait que la majorité des participants aux études sont des hommes ce qui ne permet pas de généraliser les résultats aux femmes. En contrepartie, ces résultats nous permettent mieux cibler les besoins d'intervention pour les hommes. Par ailleurs, la prise de médicaments des participants durant l'étude vient questionner l'efficacité réelle des interventions psychosociales, considérant qu'il est bien démontré que la prise assidue d'une médication a des retombées positives sur la diminution des comportements agressifs. Finalement, une dernière limite intéressante à soulever concerne le fait que certaines études utilisent des outils d'autoévaluation susceptibles d'introduire un biais de désirabilité sociale chez les participants. Ces derniers peuvent répondre de manière à se présenter sous un jour favorable, en minimisant leurs difficultés. Ce biais peut donc compromettre la validité des résultats et donner une image moins précise de l'efficacité des interventions.

Liens avec la psychoéducation

Les résultats de cet essai présentent des avenues pertinentes pour la pratique psychoéducative. La pratique psychoéducative repose sur une démarche d'observation et d'évaluation permettant d'analyser les conduites transgressives, d'évaluer leurs impacts sur la

trajectoire développementale de la personne et de qualifier son adaptation en interaction avec son environnement (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2025). Les interventions psychoéducatives visent ensuite à soutenir l'adaptation de la personne en favorisant le développement de stratégies adaptées et en prévenant les comportements à risque. Les interventions recensées dans cet essai, s'inscrivent directement dans cette mission. Elles offrent donc des repères concrets permettant aux psychoéducateurs d'orienter leurs actions auprès de cette clientèle, à condition de maîtriser certaines notions préalables notamment la symptomatologie et l'étiologie des troubles mentaux, les enjeux liés aux comorbidités et les différentes dimensions du fonctionnement adaptatif de la personne présentant un trouble mental (Ordre des psychoéducateurs du Québec, 2025).

La mise en œuvre des interventions identifiées dans cet essai se révèle pertinente. Les psychoéducateurs peuvent mettre en place des interventions basées sur l'ACT et la thérapie cognitivo-comportementale puisque ces approches ont démontré leur efficacité. De plus, les interventions multimodales ont également démontré leur efficacité, car des changements positifs ont été constatés chez les participants. Les psychoéducateurs peuvent donc adapter divers outils, déjà utilisés auprès d'autres clientèles, aux personnes présentant un trouble psychotique ou un trouble bipolaire. Par exemple, des activités éducatives ou cliniques portant sur la reconnaissance et la régulation des émotions, l'apprentissage et l'application de stratégies de résolutions de problèmes, et la mise en place de plans de solutions adaptés aux difficultés rencontrés sont des avenues prometteuses. Il demeure toutefois essentiel que les psychoéducateurs mettent en application le principe de réceptivité spécifique en prenant en considération les atteintes cognitives et la sévérité des symptômes psychiatriques des participants afin d'adapter les interventions et le rythme de celles-ci (Benbouriche et *al.*, 2014).

Par ailleurs, la psychoéducation utilise différentes approches dont l'approche systémique qui permet d'intégrer les acteurs gravitant autour de la personne, notamment les membres de sa famille, pouvant influencer son adaptation. L'implication des proches telle que démontrée dans l'étude de Buanasari et *al.* (2020) a eu un effet positif sur la réduction des comportements

agressifs et sur l'amélioration de la gestion de la colère chez les participants. En complément, le psychoéducateur peut agir en rôle-conseil auprès des autres intervenants, notamment auprès des éducateurs spécialisés ou des infirmiers de l'équipe, ce qui est pertinent dans la prévention des comportements violents. En partageant ses savoirs sur les interventions à mettre en place, en fonction des résultats recensés dans cet essai, il aide les équipes dans lesquelles il intervient à accompagner les personnes plus efficacement.

Recommandations

Les retombées de cet essai offrent des pistes afin d'améliorer l'offre de services pour cette clientèle. Les résultats mettent en évidence que certaines interventions psychosociales permettent de diminuer les comportements agressifs et le risque de récurrence violente, en plus d'augmenter les capacités à gérer la colère et à résoudre les problèmes sans violence. Par ailleurs, l'implication des proches et l'ACT a démontré des effets positifs sur la réduction des comportements agressifs (Buanasari et *al.*, 2020). D'ailleurs, d'autres études ont démontré que les interventions psychosociales impliquant les proches ont eu des retombées positives pour améliorer la situation des personnes présentant un trouble de santé mentale grave et leurs proches, notamment en diminuant les rechutes et les hospitalisations, en favorisant une meilleure adhésion au traitement, et en réduisant l'intensité des symptômes psychiatriques ainsi que le stress ressenti (Tremblay, 2019). Ces résultats mettent en lumière la pertinence d'approfondir la recherche sur l'apport de l'implication des proches dans les interventions visant la réduction des comportements agressifs. Également, il serait intéressant, pour les futures recherches, de s'attarder aux femmes, afin d'identifier leurs besoins spécifiques en matière d'intervention, considérant que celles-ci peuvent également commettre des actes agressifs et violents et ont des caractéristiques différentes des hommes. Aussi, il serait pertinent que les études s'intéressent davantage à l'efficacité de ces interventions psychosociales en milieu communautaire afin de rejoindre des personnes présentant un risque de comportements agressifs ou violents qui ne sont pas hospitalisées obligatoirement, notamment celles qui ne répondent pas aux critères d'une

ordonnance de traitement ou d'hébergement.¹ Enfin, en raison de résultats parfois mitigés, une évaluation de l'efficacité réelle des interventions à court, moyen et long serait pertinente pour offrir une amélioration continue des programmes mis en place.

Dans un autre ordre d'idées, une sensibilisation auprès de la population générale quant à la réalité des personnes aux prises avec un trouble bipolaire et psychotique pourrait diminuer la stigmatisation dont elles sont victimes, en plus de démystifier des mythes et préjugés que la population véhicule par rapport à ces personnes. Des articles et reportages qui, plutôt que de contribuer à favoriser les préjugés, tentent de nuancer les idées reçues de la population et présentent des informations précises sur les personnes vivant avec un trouble mental peuvent en plus favoriser la recherche d'aide. Considérant que cette stigmatisation, constitue un frein pour ces personnes à aller vers les ressources et demander de l'aide (Commission de la santé mentale du Canada, 2020), cette sensibilisation sur les troubles psychiatriques et le caractère exceptionnel des comportements de violence, pourrait optimiser leur accès aux services pouvant leur venir en aide et permettre une prise en charge plus rapide.

¹ Une ordonnance de traitement ou d'hébergement est ordonné par le tribunal afin qu'une personne reçoive les soins nécessaires par son état de santé, malgré son refus catégorique d'en bénéficier (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2025).

Conclusion

Cet essai a permis de faire la recension de 9 articles scientifiques publiés depuis 2018, abordant les interventions psychosociales pour réduire les comportements agressifs chez les adultes atteints de troubles bipolaires psychotiques. Les recherches ont étudié les effets de différentes interventions, notamment la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie cognitivo-comportementale, l'entraînement à la remédiation cognitive et à la cognition sociale ainsi que les traitements psychiatriques habituels. Elles ont également évalué diverses stratégies visant à favoriser la compréhension du monde émotionnel des participants, à identifier les déclencheurs et signes avant-coureurs de la colère et de l'agression, et à développer des stratégies d'adaptation saines. Bien que les études présentent certaines limites, il est possible de mettre en lumière, à la lumière des différents résultats précédemment discutés, que les interventions psychosociales offrent des retombées positives.

Références

- Albino, M. J. J., Rosa, A. G. S. et Marques, M. I. D. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. *Revista de Enfermagem Referência, Série VI(2)*, 1-7.
<https://doi.org/10.12707/RVI22034>
- American Psychiatric Association. (2022). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM-5-TR* (5^e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- Bègue-Shankland, L. (2014). Chapitre 3. Le comportement agressif : concept et mesures. Dans L. Bègue (dir.), *Drogues, alcool et agression : L'équation chimique et sociale de la violence* (p. 61-79). Dunod.
- Benbouriche, M., Vanderstukken, O. et Guay, J.-P. (2014). Les principes d'une prévention de la récurrence efficace : le modèle Risque-Besoins-Réceptivité. *Pratiques psychologiques, 21*, 219-234. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.05.002>
- Bhavsar, V., Kosidou, K., Widman, L., Orsini, N., Hodsoll, J., DIman, C. et MacCabe, J. H. (2020). Clozapine treatment and offending: A within-subject study of patients with psychotic disorders in Sweden. *Schizophrenia Bulletin, 46(2)*, 303-310.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbz055>
- Buanasari, A., Keliat, B. A. et Susanti, H. (2020). The application of acceptance commitment therapy (ACT) and family psychoeducation (FPE) to clients with schizophrenia and aggressive behavior. *Nurse Media Journal of Nursing, 10(1)*, 11-21.
<https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.22220>
- Cavalière, V.S., Glassman, M., DiPaula, B. A., Mackowick, M., Wehring, H.J., Liu, F., Chen, S., Park, J., Love, R. C., Richardson, C. M., Vyas, G., Kearns, A.M. et Kelly, D. L. (2022). Anti-aggressive effects of clozapine in involuntarily committed black patients with severe mental illness. *Schizophrenia Research, 243*, 163-169.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.03.006>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2025). *Aspects légaux de la psychiatrie au Québec*.
<https://www.ciusscentreouest.ca/programmes-et-services/sante-mentale-et-dependance/qui-sommes-nous/concepts-legaux-en-sante-mentale-et-dependance/aspects-legaux-de-la-psychiatrie-au-quebec>
- Citrome, L., Landbloom, R., Chang, C.-T. et Earley, W. (2017). Effects of asenapine on agitation and hostility in adults with acute manic or mixed episodes associated with bipolar I

disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2955–2963.
<https://doi.org/10.2147/ndt.s149376>

Citrome, L., Ouyang, J., Shi, L., Meehan, S. R., Baker, R. A. et Weiss, C. (2019). Effect of brexpiprazole on agitation and hostility in patients with schizophrenia: Post hoc analysis of short- and long-term studies. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 39(6), 597-603.
<https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000001113>

Citrome, L. et Volavka, J. (2021). Specific anti-hostility effects of atypical antipsychotics in persons with schizophrenia: From clozapine to cariprazine. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(1), 20-34. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000275>

Daffern, M., Simpson, K., Ainslie, H. et Chu, S. (2020). The impact of an intensive inpatient violent offender treatment programme on intermediary treatment targets, violence risk and aggressive behaviour in a sample of mentally disordered offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(2), 163-188.
<https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1352014>

Denoncourt, H., Désilets, M., Plante, M.-C., Lapante, J. et Choquet, M. (2000). La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités, contraintes. *Santé mentale au Québec*, 25(2), 179-194.

Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale des populations*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

El Abdellati K., De Picker, L. et Morrens, M. (2020) Antipsychotic Treatment Failure: A Systematic Review on Risk Factors and Interventions for Treatment Adherence in Psychosis. *Frontiers in Neuroscience*, 14, <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.531763>

Elbogen, E. B., Dennis, P. A. et Johnson, S. C. (2016). Beyond mental illness: Targeting stronger and more direct pathways to violence. *Clinical Psychological Science*, 4(5), 747-759.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/2167702615619363>

First, M. B. (2024). *Traitement des maladies mentales*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/traitement-des-maladies-mentales>

Ghouchani, S., Molavi, N., Massah, O., Sadeghi, M., Mousavi, S. H., Noroozi, M., Sabri, A. et Farhoudian, A. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression of patients with psychosis due to methamphetamine use: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(4), 402-207. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1436602>

Goulet, M., Clément, M.-È. et Bérubé, A. (2021). Chapitre 10. Évaluation des effets du programme. Dans A.-M. Tougas, A. Bérubé et N. Kishchuk (dir.), *Évaluation de programme : de la réflexion à l'action* (p. 283-327). Presses de l'Université du Québec.

- Gouvernement du Québec. (2016). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2020a). *Multirécidive / multirécidivisme / récidive / récidiver / récidivisme / récidiviste*. <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/juridictionnaire/multirecidive-multirecidivisme-recidive-recidiver-recidivisme-recidiviste>
- Gouvernement du Canada. (2020b). *Récidive dans le système de justice pénale*.
<https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/pf-jf/2020/aug01.html>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Combattre les préjugés sur les troubles mentaux*.
<https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux>
- Gouvernement du Canada. (2022). *La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>
- Haute autorité de santé. (2011). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf
- Howden, S., Midgley, J. et Hargate, R. (2018). Violent offender treatment in a medium secure unit. *Journal of Forensic Practice*, 20(2), 102–111. <https://doi.org/10.1108/JFP-06-2017-0019>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2025). *Le suivi offert par les médecins après un séjour à l'hôpital en raison de problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances varie*. <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-mesurer-les-priorites-partagees-en-sante-au-canada-2025/services-lies-a-la-sante-mentale-et-a-lutilisation-de-substances-2025/le>
- Institut national de santé publique du Québec. (2024). *La santé mentale dans les médias et l'espace public : comment l'aborder?* <https://www.inspq.qc.ca/sante-mentale/medias>
- Johnson, S.L., Sandel, D.B., Zisser, M., Pearlstein, J.G., Swerdlow, B.A., Sanchez, A.H., Fernandez, E. et Carver, C. S. (2020). A brief online intervention to address aggression in the context of emotion-related impulsivity for those treated for bipolar disorder: Feasibility, acceptability and pilot outcome data. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(1), 65–74. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.03.005>

- Keshavan, M.S. (2025). *Médicaments antipsychotiques*. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/m%C3%A9dicaments-antipsychotiques>
- Khan, A., Lindenmayer, J.-P., Insel, B., Seddo, M., Demirli, E., DeFazio, K., Sullivan, M., Hoptman, M.J. et Ahmed, A.O. (2023). Computerized cognitive and social cognition training in schizophrenia for impulsive aggression. *Schizophrenia Research*, 256, 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.11.004>
- Korkmaz, S., Turhan, L., Izci, F., Sağlam, S., et Atmaca, M. (2017). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with violence attempts with psychotic disorders. *Electronic Journal of General Medicine*, 17(4), 94-98. <https://doi.org/10.29333/ejgm/81738>
- Lemitre, S. (2017). Chapitre 3. Introduction. Agressivité et violence. Dans R. Coutanceau et S. Lemitre (dir.), *Violence ordinaire et hors normes. Aux racines de la destructivité humaine* (p. 1-7). Dunod.
- Lucksted, A., Mcfarlane, W., Downing, D., Dixon, L. et Adams, C. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101-121. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x?urlappend=%3Futm_source%3Dresearchgate
- Mert, D.G., Turgut, N.H., Kelleci, M. et Semiz, M. (2015). Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients. *Patient Preference and Adherence*, 2015(9), 87-93. <https://doi.org/10.2147/PPA.S75013>
- Ngô, T. et Dionne, F. (2021). Chapitre 5. *La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : une approche combinant la pleine conscience et l'action*. <https://tccmontreal.com/wp-content/uploads/2021/06/actngodionne.pdf>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2025). *Cadre de référence. La psychoéducation en santé mentale*. <https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2025/08/Cadre-de-referance-en-sante-mentale.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025a). *Comment les médias peuvent-ils lutter contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale ?* <https://www.who.int/europe/fr/news-room/feature-stories/item/how-the-media-can-combat-mental-health-stigma-and-discrimination>
- Organisation mondiale de la Santé. (2025b). *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. Dans P. Paillé et A. Mucchielli (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 235-312). Armand Collin.
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B. et Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439-449.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000075>
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. et Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2^e éd.). American Psychological Association.
- Rezai, M., Sadeghian, E., Shamsaei, F. et Ghafari, M. E. (2022). Effect of anger management education on aggression in bipolar disorder hospitalized patients: A pilot study. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 18(1), 70-78.
<https://doi.org/10.2174/2666082218666211220160326>
- Richter, M.S., O'Reilly, K., O'Sullivan, D., O'Flynn, P., Corvin, A., Donohoe, G., Coyle, C., Davoren, M., Higgins, C., Byrne, O., Nutley, T., Nulty, A., Sharma, K., O'Connell, P. et Kennedy, H.G. (2018). Prospective observational cohort study of 'treatment as usual' over four years for patients with schizophrenia in a national forensic hospital. *BMC Psychiatry*, 18(289). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1862-0>
- Schulze, B. et Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals, *Social Science & Medicine*, 56(2), 299-312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)
- Sécurité publique Canada. (2023). *Approches pour traiter les maladies mentales graves dans le système canadien de justice pénale*.
<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2023-r001/index-fr.aspx#b02>
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P. et Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490-499.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.490>
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B. et Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems. *Law and Human Behavior*, 32(3), 228-240.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10979-007-9095-7>

- Swanson, J. W., Nestadt, P. S., Barnhorst, A. V. et Frattaroli, S. (2021). Risk-based temporary firearm removal orders: A new legal tool for clinicians. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(1), 6-9. <http://dx.doi.org/10.1097/HRP.0000000000000278>
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M. et Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911–921. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.911>
- Tremblay, M. (2015). L'apport de la relation thérapeutique dans le rétablissement des personnes atteintes d'un trouble mental grave [mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Chicoutimi.
- Tremblay, C. (2019). Les interventions psychosociales destinées aux familles dont un membre présente un trouble mental grave : un état de la question. *Intervention*, 149, 33-48.
- Ullrich, S., Keers, R. et Coid, J.W. (2014). Delusions, anger, and serious violence: New findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*, 40(5), 1174-1181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt126>
- University of Virginia. (s.d.). *The MacArthur Violence Risk Assessment Study*. <https://www.law.virginia.edu/macarthur-violence-risk-assessment-study>
- Van Dorn, R., Volavka, J. et Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 487-503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>
- Yamada, Y., Matsumoto, M., Iijima, K. et Sumiyoshi, T. (2020). Specificity and continuity of schizophrenia and bipolar disorder: relation to Biomarkers. *Current Pharmaceutical Design*, 26(2), 187-196. <https://doi.org/10.2174/1381612825666191216153508>
- Zumstein et Riese. (2020). Defining Severe and Persistent Mental Illness—A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11(648). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00648>

Appendice

Tableau résumé des articles inclus dans la révision des écrits

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Daffern, M., Simpson, K., Ainslie, H., & Chu, S. (2018). The impact of an intensive inpatient violent offender treatment programme on intermediary violence risk and aggressive behaviour in a sample of mentally disordered offenders. <i>Journal of Forensic Psychiatry & Psychology</i> , 29(2), 163-188.	Déterminer l'impact d'un programme d'intervention Life Minus Violence-Enhanced (LMVE) en milieu hospitalier pour les délinquants violents atteints de troubles mentaux.	Devis quasi-expérimental pré-post avec groupe de comparaison non équivalent	N = 33 hommes ayant un diagnostic de santé mentale et des antécédents de violence interpersonnelle, 42 hommes dans le groupe de comparaison.	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ comportement agressif, ↑ résolution problèmes sociaux et ↑ régulation de la colère pour les 2 groupes selon le Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). • ↑ capacité à réguler les pensées engendrant la colère, à se calmer pour limiter l'agression verbale et physique, à adopter un comportement constructif lorsqu'ils sont provoqués, fréquence à laquelle la colère se manifestait et était exprimée ↓ selon le Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS) et le State Trait Anger Expression Inventory II (STAXI-2) pour les 2 groupes. • ↓ intensité, durée et degré de tension somatique et d'irritabilité (NAS) pour les 2 groupes. • Groupe traitement a démontré un avantage supplémentaire pour plusieurs éléments de la régulation de la colère (NAS et STAXI-2) et de la résolution de problèmes sociaux (SPSI-R). • Seul le groupe traitement a montré une ↓ de la sensibilité à la provocation (NAS),

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				<p>l'amélioration ne s'est pas maintenue entre la fin du traitement et le suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 groupes ont montré une ↓ du risque global de violence selon le Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) et réductions de + entre la fin du traitement et le suivi pour groupe traitement. • Aucun changement prise de perspective, empathie affective, hostilité interpersonnelle, dominance, coercition et impulsivité selon les outils The Barratt Impulsiveness Scale – version 2 (BSI-II), Interpersonal Reactivity Index (IRI), NAS, SPSI-R, University Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) et Chart of Interpersonal Reactions in Closed Living Environments (CIRCLE).
Howden, S., Midgley, J., & Hargate, R. (2018). Violent offender treatment in a medium secure unit. <i>Journal of Forensic Practice</i> , 20(2), 102-111.	Évaluer les effets d'un programme de traitement pour délinquants violents (VOTP) adapté dans une unité de sécurité moyenne (MSU).	Devis pré-experimental pré-post avec groupe unique	N = 26 délinquants hommes souffrant de troubles mentaux, présentant des incidents de violence et représentant un risque de récidive violente de modéré à élevé.	<ul style="list-style-type: none"> • Après complétion du programme = 19 participants (76 %) transférés dans une zone à sécurité réduite. • Un an après la fin du programme = 5 participants (20 %) transférés vers des unités à sécurité moins élevées. • Risque de récidive violente a ↓ pour 52% (25) alors qu'il est demeuré inchangé pour 48% (12) selon le Violence Risk Scale (VRS). • Aucune amélioration ni détérioration cliniquement significative face au risque de

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				<p>récidive violente selon le Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour 60% (15) = amélioration et 40% (10) = aucun changement significatif face au risque de récurrence à la suite de la passation du Goal Attainment Scaling for Violence (GAS-V). • La passation du Firestone Assessment of Violent Thoughts (FAVT) : 60% (15) = changement cliniquement significatif au niveau des pensées violentes allant jusqu'au seuil de rétablissement, 28% (7) = détérioration dont 5 de manière cliniquement significative et 12% (3) = inchangés. • Pour 52% (13) = amélioration cliniquement significative gestion de leur colère, 36% (9) = niveau de rétablissement face à la gestion de leur colère, 24% (6) = détérioration et 24% (6) = inchangés selon le State Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2).
Buanasari, A., Keliat, B. A., & Susanti, H. (2020). The Application of Acceptance Commitment Therapy (ACT) and Family Psychoeducation (FPE) to Clients with Schizophrenia and Aggressive Behavior.	Déterminer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et de la psychoéducation familiale (FPE) sur les clients schizophrènes présentant un comportement agressif.	Étude de cas	N = 4 hommes présentant un comportement agressif et ayant un diagnostic de schizophrénie paranoïde, un historique de comportement agressif, des	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes agressifs ↓ progressivement chez l'ensemble des participants entre la 1^{ère} et la 7^e séance (9-13 → 1-4 symptômes). • ↑ graduelle de la capacité à utiliser stratégies de régulation de la colère et de réduction des comportements agressifs (1-2 → 7). • Engagement ↑ pour les participants bénéficiant de l'ACT et de la FPE en complément aux TAU.

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
<i>Nurse Media Journal of Nursing</i> , 10(1), 11-21.			antécédents de rechutes et des traitements habituels, de la psychoéducation familiale et de la thérapie d'acceptation et d'engagement.	
Johnson, S. L., Sandel, D. B., Zisser, M., Pearlstein, J. G., Swerdlow, B. A., Sanchez, A. H., Fernandez, E., & Carver, C. S. (2020). A brief online intervention to address aggression in the context of emotion-related impulsivity for those treated for bipolar disorder: Feasibility, acceptability and pilot outcome data. <i>Journal of Behavioral and Cognitive Therapy</i> , 30(1), 65-74.	Déterminer si un programme d'intervention bref en ligne peut diminuer l'impulsivité liée aux émotions et l'agressivité.	Devis pré-expérimental pré-post avec groupe unique	N = 21 adultes ayant reçu un traitement pour le trouble bipolaire et ayant manifesté des niveaux d'agression et d'impulsivité liée aux émotions.	<ul style="list-style-type: none"> • Gravité de l'agressivité ↓ 45% selon le Modified Overt Aggression Scale Aggression scale (MOAS) entre le pré-post traitement. Progrès maintenus 3 mois après programme. • Après programme et au suivi = Agressivité ↓ significative de la colère, agressivité verbale et physique ainsi que de l'impulsivité émotionnelle selon le Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) et le Feelings Trigger Action Impulsivity Scale. Effets importants, avec des tailles d'effet allant de 1,00 à 1,32 et des différences statistiquement significatives ($p \leq 0,01$).
Albino, M. J. J., Santos Rosa, A. G., & Dias	Évaluer l'efficacité d'un programme	Devis pré-expérimental	N = 15 adultes (10 hommes et 5	<ul style="list-style-type: none"> • Échelle de fonctionnement personnel et social (PSP) = ↑ significative des relations

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
Marques, M. I. (2023). Effectiveness of a nursing intervention in preventing violent behaviors among people with psychotic disorders in forensic settings. <i>Revista de Enfermagem Referência</i> , 6(2), 1-7.	d'intervention sur l'amélioration des compétences sociales et la réduction des prédicteurs de violence.	pré-post avec groupe unique	femmes) dans une unité médico-légale.	<p>sociales ($p = 0,045$) et ↓ des comportements agressifs ($p = 0,017$, 90 % sans). Activités utiles ($p = 0,051$) et soins personnels ($p = 0,125$) = progrès non significatifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ↑ non significative inconfort et fréquence des comportements assertifs selon l'échelle de comportement interpersonnel. • Parmi 45 signes précoces d'agression, 22 ont ↓ après l'intervention, 2 de façon significative : difficultés de résolution de problèmes (73,2 % à 40 %, $p = 0,032$) et comportements agressifs envers autrui (humiliation, cynisme/sarcasme : 53,3 % à 6,7 %, $p = 0,008$) selon le Test McNemar.
Khan, A., Lindenmayer, J.-P., Insel, B., Seddo, M., Demirli, E., DeFazio, K., Sullivan, M., Hoptman, M. J., & Ahmed, A. O. (2023). Computerized cognitive and social cognition training in schizophrenia for impulsive aggression. <i>Schizophrenia Research</i> , 256, 117-125.	Examiner les effets de la remédiation cognitive et de la formation à la cognition sociale par rapport à la formation de remédiation cognitive seule sur l'agression impulsive.	Devis quasi-experimental pré-post avec groupe de comparaison non équivalent	N = 79 adultes (67 hommes et 12 femmes) avec un diagnostic de schizophrénie chronique, de trouble schizo-affectif et un historique d'agression.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 groupes ont montré des améliorations au niveau de l'agression verbale, physique, subjective et manifeste, mais pas au niveau des auto-agressions ni des comportements suicidaires selon le Modified Overt Aggression Scale (OAS-M). • Combinaison d'entraînement à la remédiation cognitive (CRT) et à la cognition sociale (SCT) = effets plus importants sur toutes les agressions que le groupe CRT à l'exception des agressions contre les objets. • Amélioration significative des fonctions cognitives globales et dans tous les domaines cognitifs dans les 2 groupes, mais avec un

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
				<p>avantage significatif pour le groupe traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupe traitement = amélioration significative face à la reconnaissance des émotions, la mentalisation et a de meilleures performances sur le paradigme d'agression. • Groupe traitement = pas plus d'amélioration en matière d'impulsivité agressive que le groupe de comparaison (OAS-M). • Groupe traitement génère un effet significativement plus grand sur les fonctions cognitives que le second groupe.
Richter, M. S., O'Reilly, K., O'Sullivan, D., O'Flynn, P., Corvin, A., Donohoe, G., Coyle, C., Davoren, M., Higgins, C., Byrne, O., Nutley, T., Nulty, A., Sharma, K., O'Connell, P., & Kennedy, H. G. (2018). Prospective observational cohort study of treatment as usual' over four years for patients with schizophrenia in a national forensic	Vérifier l'impact d'un traitement prolongé dans un environnement médico-légal sécurisé pour ceux qui souffrent de graves troubles mentaux.	Devis pré-expérimental à séries temporelles avec un groupe unique	N = 69 participants ayant un diagnostic de schizophrénie (58) ou un diagnostic de trouble schizoaffectif (11) et ayant des antécédents de violence grave.	<ul style="list-style-type: none"> • Patients hospitalisés depuis - de 5 ans = ↓ significative de la violence selon le DUNDRUM-3 : $t(34) = 2.270$, $p = 0.030$, taille d'effet modérée $d = 0.392$. • Pour le même groupe, ↓ du risque de violence mesurée par le HCR-20-C était également significative : $p = 0.01$, taille d'effet modérée $d = 0.495$. • Patients hospitalisés depuis + 5 ans = pas de bénéfices supplémentaires quant à la réduction de la violence (DUNDRUM-3 ; HCR-20). • Participation à des traitements psychosociaux = ↓ significative de la propension à la violence selon le Dangerousness, Understanding, Recovery

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
hospital. <i>BMC Psychiatry</i> , 18.				and Urgency Management Manual (DUNDRUM) et le HCR-20.
Ghouchani, S., Molavi, N., Massah, O., Sadeghi, M., Mousavi, S. H., Noroozi, M., Sabri, A., & Farhoudian, A. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression of patients with psychosis due to methamphetamine use: A pilot study. <i>Journal of Substance Use</i> , 23(4), 402-407.	Évaluer l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) sur l'agressivité et la santé générale des patients diagnostiqués avec une psychose due à l'utilisation de méthamphétamine.	Devis quasi-experimental à séries temporelles (session 1, session 3 et session 6) avec un groupe de comparaison non-équivalent	N = 2 groupes de 15 hommes ayant un diagnostic de trouble lié à l'usage de méthamphétamine accompagné de psychose.	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe traitement a présenté une ↓ significative de l'agressivité verbale et physique, de la colère et de l'hostilité entre la séance 1 et la séance 6 (BPAQ) ($t(14) = 17,65, p < 0,001$) alors que le groupe témoin = aucun changement significatif. L'ACT a permis de ↓ symptômes d'anxiété et isolement social, mais pas symptômes somatiques ni dépressifs, selon le General Health Questionnaire (GHQ).
Rezai, H., Sadeghian, E., Shamsaei, F. & Ghafari M. E. (2022). Effect of anger management education on aggression in bipolar	Déterminer l'effet de l'éducation à la gestion de la colère sur l'agressivité dans le trouble bipolaire.	Devis pré-experimental à séries temporelles (mesures avant l'intervention,	N = 44 patients atteints de trouble bipolaire de type 1.	<ul style="list-style-type: none"> L'éducation à la gestion de la colère a permis de ↓ le score d'agressivité des patients bipolaires ($x = 61,38 \pm 11,59$ avant intervention, $27,18 \pm 8,61$ immédiatement après et $18,86 \pm 6,45$ deux semaines plus

Référence	Objectifs de l'étude	Devis	Échantillon	Principaux résultats
disorder hospitalized patients: A pilot study. <i>Current Psychiatry Research and Reviews</i> , 18(1), 70-78.		après et deux semaines après) avec un groupe unique		tard, avec une réduction significative ($p < 0,001$) (STAXI-2).
