



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rapport bibliographique

Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie

Septembre 2016

Ce rapport comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Ce document a été réalisé par Mme Anne Depaigne-Loth, chef de projet à la HAS. L'élaboration du document a fait l'objet d'un suivi par le Dr Roland Bouet, CH Henri Laborit, M. Michel Combret, CH de Cadillac, M. Dominique Friard, mensuel *Santé Mentale*, le Dr Marielle Lafont, HAS, le Dr Vincent Mounic, HAS, et le Pr Jean-Louis Senon, Université de Poitiers.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, et par Thierry Vincent, documentaliste au CH Henri Laborit ; la gestion de la base documentaire et la réalisation de la liste bibliographique ont été assurées par Mmes Sylvie Lascols et Renée Cardoso.

La mise en page du document et son suivi jusqu'à sa mise en ligne ont été assurés par Mme Pascale Pocholle.

Sommaire

1. Méthodologie de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique	6
1.1 Première étape : bibliographie générale	7
1.2 Deuxième étape : bibliographie complémentaire	8
1.3 Troisième étape : la collecte de documents non publiés sur les expériences des établissements de santé français	9
1.4 Quatrième étape : l'analyse bibliographique	9
2. Qu'entend-on par « violence » ? Définitions de la violence et classifications des actes de violence en service de psychiatrie	10
2.1 Hétérogénéité et variabilité des définitions et du périmètre de la notion de violence dans la littérature de langue anglaise	10
2.2 NICE 2015, « Violence in mental health settings », « Comprendre la violence en psychiatrie » : des propositions de définition générale concordantes	11
2.3 La littérature de langue française : les notions connexes de dangerosité, crise, agressivité, agitation, passage à l'acte	11
2.4 La description des moments de violence des patients en service de psychiatrie : classifications, échelles, typologies, outils de recueil standardisés	15
3. Quelle est l'ampleur et l'impact du phénomène de violence en service de psychiatrie en France et à l'étranger ?	21
3.1 La fréquence des incidents violents dans les services de psychiatrie	21
3.2 Les victimes et les assaillants	25
3.3 Les lieux et les moments des incidents	25
3.4 Les types et conséquences des incidents violents en service de psychiatrie	27
3.5 Annexe : autres études	31
4. Quels sont les facteurs expliquant la survenue des moments de violence en service d'hospitalisation psychiatrique ?	43
4.1 Facteurs « internes », « externes » et liés à l'interaction	43
4.2 Deux modèles intégrant les différents facteurs de la violence	63
4.3 Les facteurs de la violence : perceptions des patients, perceptions des professionnels	66
4.4 Annexe : tableaux récapitulatifs des facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques et chez les patients ayant des troubles de l'humeur (Audition publique HAS, 2011)	68
5. Quel est l'état des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge des moments de violence en service de psychiatrie ?	70
5.1 Les études quantitatives sur les réponses à la violence en unité d'hospitalisation psychiatrique	71
5.2 La réalité des pratiques dans les études qualitatives : pour le meilleur et pour le pire ?	73
5.3 Les dispositifs institutionnels : peu étudiés et probablement insuffisamment développés	79
5.4 Annexe : repérage de démarches institutionnelles de prévention de la violence dans les établissements de psychiatrie en France	82
6. Quelles sont les bonnes pratiques et les dispositifs d'amélioration pour la prévention et la prise en charge des moments de violence des patients en service de psychiatrie ?	88
6.1 Moments de violence en hospitalisation psychiatrique : prévention primaire, secondaire et tertiaire	89

6.2	Les dispositifs de formation des professionnels	105
6.3	Les stratégies d'amélioration	107
6.4	Annexe : Tableau – items de la HCR-20	115
Références		116
Bibliographie additionnelle		129

1. Méthodologie de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique

Le rapport bibliographique présenté ici vise à appréhender le champ des connaissances et les données disponibles sur :

- les situations de violence en hospitalisation psychiatrique, leurs caractéristiques, leurs facteurs et leurs impacts ;
- l'état des pratiques professionnelles ;
- les bonnes pratiques professionnelles et les compétences attendues pour prévenir et prendre en charge cette violence ;
- les dispositifs d'amélioration des pratiques et des compétences dans ce domaine.

483 publications ont été analysées dont 290 retenues pour l'élaboration du rapport bibliographique. Elles sont de qualité et de nature très variables. On ne trouve pas d'études apportant de hauts niveaux de preuve, comme l'avaient noté les experts ayant analysé la littérature pour alimenter l'élaboration de la recommandation commanditée par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) en 2005 (1). Leur propos s'applique à la revue bibliographique présentée ici : « Les niveaux de preuve retrouvés dans la littérature sont faibles. Ainsi, cette revue de la littérature doit être considérée comme **un exercice de cartographie des recherches existantes qui a vocation à faciliter le travail du groupe.** »

La recherche documentaire et la synthèse bibliographique de l'audition publique de 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la dangerosité psychiatrique (2) ont fourni le socle de connaissances sur la clinique de la dangerosité et les instruments d'évaluation du risque de violence. Ces connaissances, ainsi que les interventions des experts de l'audition publique ont constitué le point de départ de la recherche documentaire.

Une recherche documentaire élargie sur les situations de violence en institution psychiatrique, ainsi que sur les bonnes pratiques et les dispositifs d'amélioration a été conduite dans les bases de données de langues anglaise et française. Les travaux pertinents ont été identifiés, en incluant les études qualitatives.

Cette recherche documentaire a été complétée par :

- une bibliographie complémentaire sur des thèmes identifiés comme prioritaires par le groupe de travail. Un accent particulier a été mis sur les études restituant le vécu et le point de vue des patients hospitalisés en service de psychiatrie ;
- une collecte de données visant à mieux connaître les dispositifs mis en place dans les établissements. Le groupe de travail a pu bénéficier de l'apport de documents émanant de 20 établissements. Ces établissements, sollicités par le réseau documentaire francophone Ascodocpsy ou des membres du groupe de travail, ont accepté de transmettre au groupe de travail des documents internes de natures diverses (procédures, bilan de démarches institutionnelles, supports de formation interne...) constituant un matériel riche et utile pour l'élaboration des outils pratiques.

En juin 2015, le NICE a publié une mise à jour des recommandations de bonne pratique sur la prévention et la gestion de la violence en santé mentale (3). La bibliographie a été étudiée afin de consolider le travail documentaire présenté ici. Cette recommandation s'est appuyée sur le travail d'ampleur du *Conflict and containment reduction research programme* animé par le Pr Len Bowers. Ce programme a donné lieu à un travail exhaustif de recensement et d'analyse de la littérature portant sur 1 180 références et mobilisant 14 chercheurs sur une période de 5 ans. Ces travaux de référence ont été particulièrement importants pour l'élaboration de la revue de la littérature présentée ici.

1.1 Première étape : bibliographie générale

En début de projet, une première étape a consisté à établir une bibliographie générale sur le sujet.

Pour cette étape, un volet anglophone et un volet francophone ont été distingués car :

- les critères d'inclusion ont été définis de manière restrictive pour les publications de langue anglaise, dans un contexte de surabondance des publications sur ces sujets, afin de centrer l'analyse sur les références les plus pertinentes ; seules les références concernant la violence des patients en unité d'hospitalisation de psychiatrie ont été incluses ;
- les critères d'inclusion ont été définis de manière plus large en ce qui concerne les références francophones. Ont été incluses certaines références, jugées pertinentes, sur des sujets proches : les approches de la violence en psychiatrie (en général et en dehors du contexte hospitalier), la violence à l'hôpital en général...

► Publications de langue anglaise

Une première recherche a été conduite dans *Medline* sur la période 2003-2013 en toutes langues, à partir de l'équation de recherche suivante :

```
"Psychiatric Nursing"[Majr] OR "Psychiatric Department, Hospital"[Majr] OR "Hospitals, Psychiatric"[Majr] OR (Mental Or psychiatr* AND Hospital OR inpatient)[title/abstract]
```

AND

```
"Violence"[Mesh] OR "Aggression"[Mesh:NoExp] OR (Violen* Or aggress* OR crisis)[title]
```

AND

```
"Risk Management"[Mesh] OR "Crisis Intervention"[Mesh] OR "Inservice Training"[Mesh:NoExp] OR "Education, Continuing"[Mesh] OR "Restraint, Physical"[Mesh:NoExp] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment Health Care"[Mesh] OR "Clinical Audit"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Peer Review, Health Care"[Mesh] OR "Quality of Health Care"[Majr:NoExp] OR "Quality improvement"[Mesh] OR (risk Management OR Intervention OR Training OR continuing Education OR CPD OR continuous professional development OR Restraint OR Program* OR Outcome OR Audit OR Quality Indicator* OR Quality improvement)[title]
```

185 références ont été identifiées.

70 premières références ont été sélectionnées sur la base des critères suivants :

- littérature de langue anglaise ;
- champ de l'hospitalisation psychiatrique. Les études sur les services de psychiatrie générale ont été privilégiées, mais certaines études portant sur les unités fermées/sécurisées ont été incluses lorsqu'elles apportaient un éclairage généraliste sur la question de la violence en psychiatrie ;
- tous types de patients. Exclusion des études portant exclusivement sur des populations spécifiques (enfants, personnes âgées...);
- tous types d'études fondées sur des données empiriques. Il n'a pas paru pertinent de sélectionner les études en fonction du *design* scientifique ou du niveau de preuve. Cette première liste n'a pas fait apparaître d'essais comparatifs randomisés de forte puissance. Sont donc inclus :
 - ▶ les études à visée explicative, mais aussi les études descriptives,
 - ▶ les études quantitatives et les études monographiques.

La qualité des études qualitatives a été évaluée selon les critères d'appréciation spécifiques à ce type d'étude : clarté de la question de recherche, pertinence du protocole pour y répondre, description du terrain de recherche, diversité des points de vue représentés dans l'échantillon, systématisme et traçabilité des méthodes utilisées, capacité de l'analyse à générer des concepts et des catégories restituant le sens du matériel recueilli, « réflexivité » c'est-à-dire conscience des effets du dispositif d'observation sur les résultats recueillis¹.

Sont exclues les études centrées sur des interventions précises (ex : isolement, contention...) ou des outils particuliers (ex : validation d'une échelle d'évaluation). Ce sont les travaux portant sur des approches ou des démarches globales de prévention et de gestion de la violence qui ont été retenus. Ces travaux peuvent parfois traiter des interventions ou outils particuliers, mais ces interventions s'inscrivent dans le cadre plus général de la question de la prévention et de la gestion de la violence².

- D'autres références ont été identifiées au cours de l'analyse grâce à la technique « boule de neige ».

► Publications de langue française

Une recherche équivalente a été conduite sur les bases de données spécifiques à la psychiatrie et les sites francophones en santé mentale par le service de documentation du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers :

- les références francophones ont été obtenues en recoupant les sites sources et les bibliographies existantes. Ces références ont été rassemblées sans distinction, littérature blanche comme littérature grise,
- les sites Internet des sociétés savantes de santé mentale, ainsi que les manuels de psychiatrie en langue française ont été exploités.

La littérature française ayant l'intérêt de restituer des expériences de terrain réalisées en France et, d'être indicative de l'état d'esprit dans les milieux professionnels concernés par les outils d'amélioration envisagés, les critères d'inclusion ont été élargis.

Ont ainsi été retenus, en plus des études répondant aux critères d'inclusion de la revue de la littérature de langue anglaise³ : certains textes théoriques, des témoignages, des travaux généraux sur la violence à l'hôpital, des travaux sur la violence en psychiatrie en dehors du contexte précis de l'hospitalisation.

La littérature appréhendée est donc plus hétérogène que la littérature de langue anglaise et inclut des rapports officiels, des documents relatifs à des formations, des actes de colloque, des synthèses juridiques... On note la place importante des revues pour cadres, infirmiers ou aides-soignants ou des revues à caractère pluriprofessionnel.

1.2 Deuxième étape : bibliographie complémentaire

Dans la suite du projet, le groupe de travail a mis en lumière plusieurs thématiques devant faire l'objet de recherches bibliographiques complémentaires, afin de nourrir l'élaboration des outils d'amélioration des pratiques.

Les thématiques complémentaires sont les suivantes :

- les droits, la bientraitance et l'implication du patient dans sa prise en charge en psychiatrie ;
- l'équipe en psychiatrie ;
- le désamorçage de situations à risque de violence ;
- l'isolement et la contention : bonnes pratiques et démarches institutionnelles ;
- les espaces d'apaisement / l'architecture intérieure ;
- les réunions post-incident en équipe ;
- les entretiens post-incident avec le patient ;

¹ Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000;320(7226):50-2.

² Par exemple, l'isolement et la contention sont abordés dans la recommandation du NICE de 2015 qui porte sur la gestion de la violence en hospitalisation psychiatrique (3).

³ Etudes fondées sur des données empiriques et traitant de la question de la prévention et de la prise en charge de la violence des patients en services d'hospitalisation psychiatrique.

- la gestion des risques ;
- la prise en charge des patients en hospitalisation de longue durée.

Les références pertinentes ont été identifiées par les membres du groupe de travail et en utilisant la technique « boule de neige » à partir des références de la bibliographie générale. Cette bibliographie complémentaire n'a pas eu pour but de réaliser une revue exhaustive, mais de fournir une documentation utile aux sous-groupes chargés de construire des outils d'amélioration des pratiques.

Au total, la bibliographie comporte 483 références : 290 références ont été utilisées pour la rédaction du rapport bibliographique. Une bibliographie additionnelle de 193 références figure en annexe de ce rapport. Elle est essentiellement constituée de références ayant été utilisées par le groupe de travail pour construire les 14 outils d'amélioration proposés aux équipes psychiatriques dans le cadre de ce projet.

1.3 Troisième étape : la collecte de documents non publiés sur les expériences des établissements de santé français

Une documentation sur les dispositifs de formation et d'amélioration mis en place dans les établissements de santé français a été constituée grâce à l'aide du groupe de travail et du réseau documentaire francophone Ascodocpsy. 20 établissements de santé ont ainsi fourni un *corpus* de documents très divers (procédures qualité, contenu de journées de séminaire, bilan de démarches institutionnelles, supports de formation interne) constituant un matériel riche et utile pour l'élaboration des outils d'amélioration des pratiques.

1.4 Quatrième étape : l'analyse bibliographique

L'analyse bibliographique a eu pour objectifs :

1. d'établir l'état des discussions autour de la définition de la notion de « violence » et des types de moments de violence chez les patients
2. d'établir un état des lieux des situations de violence en services de psychiatrie
3. de cerner les facteurs explicatifs des situations de violence en services de psychiatrie
4. d'établir un état des lieux des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge de la violence en psychiatrie
5. de prendre connaissance des bonnes pratiques, des compétences attendues et des programmes d'amélioration et de formation

La rédaction du rapport s'est organisée autour de ces 5 questions :

Chapitre n° 1 : méthodologie de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique

Chapitre n° 2 : qu'entend-on par « violence » ? Définitions de la violence et types de moments de violence des patients en services de psychiatrie

Chapitre n° 3 : quelle est l'ampleur et l'impact du phénomène de violence en services de psychiatrie ?

Chapitre n° 4 : quels sont les facteurs expliquant la survenue des moments de violence en service d'hospitalisation psychiatrique ?

Chapitre n° 5 : quel est l'état des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge de la violence en service de psychiatrie ?

Chapitre n°6 : quelles sont les bonnes pratiques et les dispositifs d'amélioration pour la prévention et la prise en charge des moments de violence des patients en service de psychiatrie ?

Les traductions ont été réalisées par l'auteur de la revue.

2. Qu'entend-on par « violence » ? Définitions de la violence et classifications des actes de violence en service de psychiatrie

Le chapitre 2 présente :

- les définitions de la notion de « violence » et de notions connexes présentes dans les publications analysées (agitation, agressivité, crise...),
- les éléments de description, de classification et de hiérarchisation des incidents violents en services de psychiatrie proposés dans ces publications.

Il s'agit de cerner des notions qui ont vocation à être utilisées dans le cadre d'un travail dont la visée est directement opérationnelle (c'est-à-dire la construction d'outils de prévention et de gestion de la violence en services d'hospitalisation psychiatrique). L'examen des théories de la violence n'entre donc pas dans le champ de cette revue de la littérature⁴. Certaines théories sur l'étiologie psychologique de la violence seront mentionnées, afin d'éclairer le contexte intellectuel dans lequel s'inscrit une notion, mais ces théories ne seront pas analysées de manière approfondie.

2.1 Hétérogénéité et variabilité des définitions et du périmètre de la notion de violence dans la littérature de langue anglaise

Dans les études de langue anglaise sur la violence en hospitalisation psychiatrique, la notion de « violence » et celle d'« agression » sont utilisées de manière interchangeable. Ces deux notions sont définies de manière très variable dans les études, Stal Bjørkly évoquant une « jungle sémantique » à leur propos et soulignant la grande diversité des approches théoriques de la violence (4). Les représentations professionnelles semblent tout aussi hétérogènes que les catégories scientifiques. Finnema *et al.*, explorant les représentations de la violence chez des infirmiers psychiatriques constatent qu'« il est impossible de formuler une définition générale de la violence sur la base des résultats de cette étude » (5).

Même si l'on se situe en dehors des débats théoriques sur l'étiologie de la violence et que l'on s'attache à délimiter la notion de violence de manière descriptive, on note que le périmètre de cette notion varie selon les études. On donne ci-après quelques exemples, sans viser l'exhaustivité :

- certaines études incluent les suicides ou tentatives de suicides dans la notion de violence et sa mesure (6), certaines échelles de mesure de la violence en institution couramment utilisées dans le cadre de recherches intègrent les actes de violences autoagressives (7) ;
- certaines études choisissent une définition de la violence centrée uniquement sur la violence dirigée contre les membres de l'équipe soignante (8, 9)⁵ alors même que, lorsque les outils de mesure élargissent le champ de l'observation, les patients apparaissent comme l'une des principales catégories de victimes de la violence en hospitalisation psychiatrique⁶ ;
- la recommandation de bonne pratique de 2005 commanditée par le NICE (1) caractérise la violence ou l'agression essentiellement par l'intention de nuire à autrui. La question de la place de l'intention dans la caractérisation de la violence fait l'objet d'une discussion au plan théorique (10). L'intentionnalité peut être difficile à établir, notamment dans le cas de certains patients très déficients. La mise à jour de 2015 (3) propose une définition amendée qui ne met plus l'accent sur la notion d'intentionnalité.
- Certaines études limitent la notion et les outils de mesure à la violence physique (11), d'autres incluent la violence verbale en soulignant qu'il existe un *continuum* entre la violence verbale et la vio-

⁴ Il existe des approches de la violence dans le champ de la psychologie (4), mais aussi dans diverses autres disciplines, en particulier en sociologie, par exemple Crettiez X. Les formes de la violence. Paris: La Découverte; 2008 ; Wieviorka M. La violence. Paris: Balland; 2004 ; Mucchielli L. L'invention de la violence. Des peurs, des chiffres et des faits. Paris: Fayard; 2011.

⁵ Dans cet article programmatique, la définition de la violence est limitée à celle qui vise les infirmiers : « We define violence operationally as the commission of acts intended or likely to harm or threaten a nurse » (9).

⁶ Cf. chapitre n° 3

lence physique, et que l'on peut noter dans la plupart des incidents une « escalade » d'une forme de violence à l'autre (12, 13).

2.2 NICE 2015, « Violence in mental health settings », « Comprendre la violence en psychiatrie » : des propositions de définition générale concordantes

La mise à jour de 2015 de la recommandation du NICE (3) propose la définition suivante :

« Dans le cadre de cette recommandation, la « violence » et l'« agression » correspondront à une diversité de comportements ou d'actions qui peuvent avoir pour conséquence de porter atteinte, de faire mal à une autre personne ou de la blesser, sans qu'il soit besoin de faire entrer en ligne de compte la manière dont ces actions ou comportements s'expriment (accompagnés d'actions ou verbaux), ni la réalité de l'atteinte physique, ni la clarté de l'intention »⁷.

Cette définition est proche de celle adoptée dans l'ouvrage de référence *Violence in mental health settings. Causes, conséquences, management* de 2006 (14) qui retient la définition de Eileen F. Morrison (12) :

« Toute expression ou comportement verbal, non-verbal ou physique de menace ou toute manifestation de force physique débouchant sur une atteinte aux personnes ou aux biens, blessant une ou des personnes ou abîmant un ou des objets »⁸.

Cette définition a la particularité de prendre en compte la violence contre les objets.

Ces définitions, volontairement très générales, permettent de prendre en compte les divers types de violence. Elles laissent volontairement de côté la question de l'intentionnalité pour se centrer sur l'atteinte subie.

Laurent Morasz dans son ouvrage « Comprendre la violence en psychiatrie » (15) fait un choix similaire pour ces mêmes raisons en adoptant une définition empruntée à Yves Michaud⁹ :

« Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles ».

Comme les deux autres définitions, cette définition permet d'englober les divers aspects de la violence et ne conditionne pas la définition de la violence au repérage d'une intention de son auteur. Elle ajoute la notion de « situation », et d'interaction suggérant l'existence de facteurs multiples et mettant l'accent sur le contexte dans lequel se situent les acteurs.

Ces différentes définitions, extraites de travaux de référence sur la violence en psychiatrie, ont l'avantage d'inclure et de laisser ouvertes les différentes questions cliniques, sociales et morales que comporte une réflexion sur la violence.

2.3 La littérature de langue française : les notions connexes de dangerosité, crise, agressivité, agitation, passage à l'acte

Les références de langue française, sélectionnées de manière plus inclusive que celles de langue anglaise¹⁰, ont deux caractéristiques qui les distinguent de la bibliographie de langue anglaise et permettent d'enrichir l'appréhension de la notion de violence :

⁷ « For the purposes of this guideline, violence and aggression refer to a range of behaviours or actions that can result in harm, hurt or injury to another person, regardless of whether the violence or aggression is behaviourally or verbally expressed, physical harm is sustained or the intention is clear. »

⁸ « Any verbal, non-verbal or physical behavior that was threatening or physical behavior that actually did harm (others or property) »

⁹ Michaud Y. La violence. Paris: PUF; 1978.

- la littérature de langue française fait apparaître des notions connexes de celle de violence ;
- le souci de dégager une psychogénèse de la violence paraît plus présent dans le *corpus* de langue française que dans le *corpus* de langue anglaise.

Il n'entre pas dans le champ de cette revue d'examiner de manière approfondie les différentes notions, ni l'ensemble des théories psychiatriques qui les sous-tendent. Mais une brève analyse de différentes notions connexes permet de montrer que le terme et la notion de violence se situent dans un champ scientifique et sémantique riche et complexe.

► La dangerosité

La source essentielle est l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique (2).

La commission d'audition propose une définition générale de la dangerosité :

« La dangerosité est une notion complexe qui s'est développée au XIX^e siècle et qui a repris de la vigueur dans les années 1980, en lien avec un sentiment d'insécurité sociale, politique et juridique ressenti par un certain nombre de citoyens. Le mot « dangerosité » renvoie au caractère dangereux, le terme « dangereux » étant défini comme ce qui constitue un danger. Le danger est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose » (2).

La commission d'audition fait d'emblée le lien et le rapprochement entre la notion de dangerosité et celle de violence :

« Il convient, lorsque l'on parle de dangerosité, d'évoquer la notion de violence. En effet, la dangerosité est habituellement abordée comme risque de violence et, dans les études internationales, la dangerosité est étudiée sous l'angle des passages à l'acte violents ou des condamnations pour actes violents » (2).

La commission d'audition souligne la distinction entre « dangerosité psychiatrique » et « dangerosité criminologique » dans la lignée de l'audition publique de la Fédération française de psychiatrie sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007¹¹. La dangerosité psychiatrique est définie comme une « manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale » et la dangerosité criminologique comme « prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte » (2).

La commission affirme ainsi la primauté de la clinique dans l'abord de la dangerosité psychiatrique et de la violence des personnes présentant des troubles mentaux :

« L'abord clinique (...) doit mettre en perspective les situations répétées de violence pour mieux les comprendre et prendre en considération l'avis des patients et de leur entourage. La démarche se veut essentiellement clinique et fondée sur une pratique attentive aux dimensions éthiques et déontologiques » (2).

► Le passage à l'acte, agressivité et *acting out*

Les notions de « passage à l'acte » et d'« acting out » sont utilisées dans des textes qui ouvrent sur une interprétation clinique des actes violents, appuyée sur des théories de la psychogénèse de la violence. On s'écarte ainsi souvent dans ces textes d'une approche purement descriptive de la notion de violence. Il n'entre pas dans le champ de cette revue de la littérature de restituer dans le détail ces fondements théoriques. On se contentera de donner des éléments de définition et de les situer dans leur contexte intellectuel.

Trois auteurs figurant dans la bibliographie francophone proposent des définitions de la notion de « passage à l'acte » et d'une notion connexe « acting out » : Philippe Jeammet (16, 17), Frédéric Millaud (18, 19) et Laurent Morasz (15). Ils font tous les trois référence aux travaux de Jean Bergeret sur la « violence

¹⁰ Cf. chapitre 1

¹¹ Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de Santé. Expertise psychiatrique pénale. Audition publique. 25 et 26 janvier 2007, Ministère de la santé et des solidarités, Paris. Rapport de la Commission d'audition. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale

fondamentale »¹². Reprenant et discutant les théories de Freud sur les pulsions d'autoconservation, Jean Bergeret :

« Décrit la violence fondamentale comme une violence « naturelle » qui serait une sorte de nécessité primitive absolue, vitale, dès les premiers moments de l'existence et dont le sujet ne tire aucune joie particulière » (18).

Cette pulsionalité originaire est présente dans certains actes de violence qu'il faut interpréter comme un mouvement de défense du sujet face à l'angoisse et au danger ressenti lors de la rencontre avec l'autre. La violence peut être une « réponse à une menace sur l'identité » :

« À partir du moment où le territoire personnel, l'image de soi, l'identité sont vécues comme menacés et où le narcissisme subit une effraction, la réponse violente apparaît en miroir de la menace ressentie par le sujet » (17).

Le devenir normal de cette violence fondamentale, soutenu par un environnement parental capable d'aider l'enfant à transformer cette pulsion originaire est :

« Une intégration progressive de cette violence fondamentale dans des courants créatifs qui se mettent au service des pulsions libidinales (apprentissage, échanges relationnels, sport, dessin...) » (15).

Cependant, lorsque les relations primaires n'ont pas pu ou su jouer ce rôle de contenance et d'intégration de la violence fondamentale dans la personnalité du sujet, il en résulte une fragilité des assises narcissiques du sujet, une carence d'élaboration psychique et une tendance à recourir à des modalités d'expression violentes (15-20).

« Le point commun à cette vulnérabilité aux passages à l'acte et plus généralement aux troubles du comportement et la pathologie de l'agir réside dans l'absence d'un sentiment de sécurité interne suffisant qui permette à ces sujets, confrontés à une situation de conflit et de stress de faire appel à leur ressources psychiques interne pour pouvoir différer leur réponse à leurs émotions » (16).

Les trois auteurs étudiés ici distinguent la violence (au sens de la violence fondamentale) de l'agressivité. L'agressivité vise un objet et correspond à un mouvement d'attaque et se distingue de la « violence fondamentale » qui relève d'une dynamique de défense.

« L'agressivité qu'elle soit agie ou limitée aux fantasmes d'agression concerne l'objet (...). La violence par contre serait beaucoup plus radicale et aurait pour visée non plus l'attaque mais le déni ou la destruction du lien avec l'objet et la négation de la dimension subjective de l'autre. L'agressivité témoigne d'un lien et dans une grande mesure le préserve » (16).

Par rapport à la violence fondamentale qui caractérise le fonctionnement primaire, l'agressivité apparaît secondairement dans le développement et l'individuation de l'enfant au cours de l'étape d'intégration libidinale de la violence.

« L'agressivité de son côté si elle peut être considérée comme vitale, renferme à la différence de la violence fondamentale, une part de satisfaction dans le fait de voir souffrir l'autre. Elle tient compte au moins partiellement d'une problématique œdipienne et génitale alors que la violence fondamentale demeure du registre archaïque, pré-génital, narcissique et inné » (18).

Selon les sujets, l'agressivité prendra un rôle plus ou moins important dans le développement de la personnalité. Dans certains cas, en particulier s'il y a eu une insuffisance de qualité et de continuité des relations parentales « on observe une érotisation agressive de la violence fondamentale qui survient en réponse à une faiblesse narcissique préalable qui va entraîner préférentiellement le sujet vers des pulsions destructrices (plaisir de et dans la violence) qui, à l'extrême, vont organiser la personnalité tout entière » (15).

La distinction entre « violence » et « agressivité » rejoint celle que les auteurs font entre le « passage à l'acte » et l'« acting out » :

« En effet, l'inscription d'un acte violent dans une relation traduit une demande d'aide, une ouverture possible, l'espoir du patient d'obtenir une réponse. (...) nous sommes alors dans le registre de l'acting out. Si cette dimension de « recherche relationnelle » n'existe pas, nous nous si-

¹² Bergeret J. La violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe. Paris: Dunod; 2014.

tuons alors dans le registre de la solitude, du désespoir, de l'évacuation de l'autre (...). C'est ce que nous appellerons à proprement parler le passage à l'acte » (18).

Cette distinction revêt une grande importance dans la pratique clinique et dans l'interprétation des actes violents des patients, notamment en institution. Ainsi, les trois auteurs soulignent que les passages à l'acte les plus violents sont souvent précédés d'une série d'*acting out* adressés à l'équipe, le patient cherchant « à « se faire arrêter » dans sa progression » avant de céder à une impulsion violente qui le coupera de toute possibilité de verbalisation et de relation.

► La crise

Le terme « crise » est lui aussi polysémique. Le mot « crise » a pour origine le terme grec « krisis » qui signifie, jugement, choix, décision. La notion a pris une place importante dans la médecine hippocratique :

« Dans la médecine hippocratique le terme clinique de crise désigne l'instant crucial où la maladie touche à son terme, à sa résolution, pour le meilleur ou pour le pire. (...). Dans cette perspective, la crise n'est pas un signe de maladie, mais un signe de résistance à la maladie. (...). L'organisme n'est pas devenu incapable de se régler lui-même, mais il opte provisoirement pour un mode exceptionnel de régulation à visée défensive » (21).

La notion est appréhendée différemment dans la pensée médicale du 19^e siècle :

« À cette version hippocratique de la crise, la pensée médicale du XIX^e siècle ajoute un point de vue nouveau. La crise n'est plus terminale, résolutive et salutaire ; elle est inaugurale, elle est purement réactionnelle, sans intention de guérison, parfois elle devient même pathogène lorsqu'elle développe des mécanismes excessifs » (21).

André Bolzinger souligne que ces deux manières d'appréhender la notion de crise subsistent à l'époque contemporaine :

« Tout se passe comme si nous utilisions aujourd'hui simultanément ou alternativement ces deux concepts que la pensée médicale a progressivement élaborés : la crise-guérison et la crise-maladie » (21).

Cette ambivalence transparaît dans les définitions retenues dans les dictionnaires médicaux de référence. Ainsi, le dictionnaire médical paru chez Masson en 2004 propose deux acceptions du terme crise :

« Changement subit au cours de l'évolution d'une maladie, dans un sens favorable ou non. Accident atteignant une personne en bonne santé apparente ou aggravation brusque d'un état chronique¹³.

L'ambivalence de la notion est aussi présente dans le dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale de 2005¹⁴ :

« Ce qui caractérise la crise est la brusque apparition d'un état qui rompt radicalement avec l'état antérieur. A ce niveau, on peut également parler de crise lorsque surviennent tout à coup les signes d'une guérison à la suite d'une maladie ».

L'auteur de ce dictionnaire critique souligne aussi l'« état de tension interne » qui caractérise une crise, pointant la place qu'il convient de donner à la dimension du vécu de la crise par le sujet. Pour André Bolzinger, c'est cette dimension qui permet de véritablement qualifier la « crise » qui ne peut être assimilée à « n'importe quel désordre morbide » ou à « toute pathologie massive ou menaçante », mais est essentiellement définie par une expérience subjective :

« Il n'y a pas de crise sans ce vécu de la crise¹⁵ dont la perception clinique suffit pour imposer le diagnostic. (...). L'expérience subjective devient ainsi condition nécessaire et suffisante pour cerner le concept de crise (...). Le concept de crise est inséparable de son pivot subjectif » (21).

La notion de « crise » peut ainsi être utilisée en psychiatrie pour caractériser des situations où il y a un passage à l'acte hétéro ou autoagressif ou un risque de passage à l'acte. Ainsi, la conférence de con-

¹³ Quevauvilliers J. Dictionnaire médical. 4^e éd. Paris: Masson; 2004.

¹⁴ Kipman SD. Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. Paris: Doin; 2005.

¹⁵ Plusieurs « mots-clés » définissent ce vécu : soudaineté, incoercibilité, incompréhensibilité, facticité (21).

sensus sur la prise en charge de la crise suicidaire de 2000¹⁶ apporte des éléments de définition pertinents pour situer la notion de crise dans le cadre d'une approche clinique de la violence. La crise suicidaire est :

« Un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation ».

Le travail de Laurent Morasz (15) permet de situer plus précisément encore la notion de « crise » pour l'appréhension des phénomènes de violence hétéroagressive dans le contexte des services de psychiatrie. La « crise » est l'une des phases de la dynamique du passage à l'acte. Laurent Morasz distingue 6 phases :

- l'activation : une situation, un fait qui agit comme un stress ;
- l'intensification : une montée en puissance de la frustration, de l'excitation ;
- la « crise » : « qui se caractérise comme un débordement des structures de contrôle du sujet » (15) ;
- la récupération : « la réapparition d'un contrôle possible sur la pulsionalité agressive » (15). Dans cette phase, un risque de reprise est toujours présent ;
- la stabilisation : un retour à une situation où l'excitabilité se trouve contenue.

► L'agitation

La définition de l'agitation est précisée dans la conférence de consensus de 2002 de la Société francophone de médecine d'urgence :

« L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu. Les trois composantes de l'état d'agitation comportent des aspects moteurs : fébrilité, turbulence, fureur ; des aspects psychiques : excitation idéique, logorrhée, désinhibition verbale, insultes ; des aspects relationnels : agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes. L'un de ces trois aspects peut prédominer » (22).

Thomas Haefliger, Daniele F. Zullino et François Borgeat précisent qu'il s'agit d'un « phénomène hétérogène dans ses présentations cliniques et dans ses causes », et d'un « trouble comportemental complexe et transnosologique » (23).

L'agitation peut être présente dans une grande diversité de situations cliniques : troubles psychotiques, troubles bipolaires, troubles démentiels, intoxication alcoolique, consommation de stimulants (22).

On notera que cette notion importante de la clinique psychiatrique a des liens étroits avec celle de violence, mais ne la recoupe pas entièrement puisque ce trouble comporte des risques de violence, mais n'est pas nécessairement associé à des actes de violence.

2.4 La description des moments de violence des patients en service de psychiatrie : classifications, échelles, typologies, outils de recueil standardisés

Dans de nombreuses études, l'effort pour définir la notion de violence passe par un approfondissement de la description des caractéristiques des violences, par exemple par une classification des degrés de gravité, ou des types de violence... Certains éléments de description ont été stabilisés dans des outils de recueil standardisés. À l'origine, ces outils ont eu pour vocation de soutenir des projets de recherche, mais dans certains contextes il a paru intéressant de les utiliser pour le recueil d'événements indésirables (24). Cet affinement et cette stabilisation de la description des violences ont ainsi souvent, en plus des objectifs de recherche, une visée d'amélioration des pratiques : il est considéré qu'un meilleur repérage des situations conduit à des réponses plus adaptées et favorise la prévention, et qu'une description stan-

¹⁶ Fédération française de psychiatrie, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Texte des recommandations. Paris: ANAES; 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

standardisée des incidents est un préalable indispensable aux réflexions sur les incidents au niveau institutionnel, régional ou national.

► Gradation des niveaux de gravité des situations de violence

La définition et l'utilisation d'échelles de gradation des niveaux de gravité des violences participent de cet affinement et de cette stabilisation de la description des violences en hospitalisation psychiatrique. Cette approche est bien illustrée par la hiérarchie des moments de violence des patients hospitalisés en service de psychiatrie proposée par Eileen F. Morrison (12). Cette classification est reprise dans plusieurs études de cette revue (25, 26). D'autres études s'appuient sur des échelles conçues pour les besoins de l'étude (13).

<i>Morrison's hierarchy of aggressive and violent behavior</i>	Gradation du comportement violent et agressif (Morrison)
<i>Level 1 Inflicted serious harm requiring medical care</i>	Niveau 1 : a infligé une atteinte physique grave nécessitant une prise en charge médicale
<i>Level 2 Inflicted low-grade harm requiring no medical care</i>	Niveau 2 : a infligé une atteinte physique mineure ne nécessitant pas une prise en charge médicale
<i>Level 3 Made a verbal threat with a plan to inflict harm</i>	Niveau 3 : a menacé verbalement en formulant une intention de porter atteinte à l'intégrité physique
<i>Level 4 Touched another in a threatening way</i>	Niveau 4 : a touché l'autre de manière menaçante
<i>Level 5 Made a verbal threat without a plan to inflict harm</i>	Niveau 5 : a menacé verbalement sans formuler d'intention de porter atteinte à l'intégrité physique
<i>Level 6 Approached another in a threatening way</i>	Niveau 6 : s'est approché de l'autre de manière menaçante
<i>Level 7 Was loud and demanding</i>	Niveau 7 : était bruyant et revendicatif
<i>Level 8 Exhibited low-grade hostility</i>	Niveau 8 : manifestait une hostilité sourde

À la gradation des niveaux d'expression de la violence correspond une gradation des réponses apportées par l'équipe soignante (des techniques préventives de « désamorçage » aux interventions physiques)¹⁷.

► Types et typologies de violence

Il apparaît souvent nécessaire aux auteurs des études examinées de délimiter précisément un périmètre d'étude en répertoriant plusieurs types d'actes violents.

Ces typologies peuvent être *ad hoc*, c'est-à-dire définies pour les besoins de l'étude. Il peut aussi s'agir de typologies issues d'outils de recueil standardisés. Ces derniers seront présentés plus loin.

Parmi les typologies *ad hoc* on citera par exemple, celle que propose Raymond B. Flannery dans une analyse des incidents violents intervenus dans 7 hôpitaux publics et 9 centres de soins psychiatriques en ambulatoire de l'Etat du Massachusetts aux Etats-Unis au cours d'une période de 15 ans (8). Il distingue 4 types de violence :

- violence ou agression physique : contact physique non souhaité par la victime, contact avec une personne, en vue de blesser cette personne, notamment coup de poing, coup de pied, gifle, morsure, crachats, jet d'objets en direction d'une personne ;
- violence ou agression sexuelles : contact sexuel non consenti, notamment viol, tentative de viol, atouchements, exhibition ;
- menaces non verbales : actions visant à menacer ou à faire peur comme des coups donnés à une porte, des jets ou destruction d'objets ;
- menaces ou agressions verbales : propos visant à menacer ou faire peur, y compris des menaces de mort et/ou contre les biens, propos racistes ou discriminatoires.

D'autres auteurs vont au delà d'une approche descriptive et proposent des typologies appuyées sur des théories de la violence et de son étiologie. On présentera deux exemples.

¹⁷ Cf. fiche 7 et 8.

→ La typologie proposée par Cameron Quanbeck (« forensic psychiatric aspects of inpatient violence »)

Cameron Quanbeck *et al.* s'appuient sur des travaux de neurobiologie anciens et récents¹⁸ et s'inspirent des catégories utilisées par Nolan *et al.* (27). Leur approche est illustrative des travaux de la psychiatrie pénitentiaire des pays anglo-saxons. Cameron Quanbeck *et al.* distinguent trois types de violence (28, 29) :

- **la violence de type « impulsif »** correspond à des agressions non planifiées, souvent provoquées par un événement extérieur, accompagnées d'une charge émotionnelle importante et souvent suivies d'un sentiment de remord chez l'agresseur ;
- **la violence de type « psychopathique » ou « organisée »** correspond à des agressions préméditées ayant un but défini, souvent le fait de personnalités comportant des traits psychopathiques. Le remord n'est pas présent après les faits ;
- **la violence de type « psychotique »** est la violence qui peut parfois s'exprimer dans le contexte des symptômes de psychose (hallucinations, délire, désorganisation de la pensée.)

Cameron Quanbeck propose le tableau suivant qui précise sa classification (28) :

Description du comportement et caractéristiques des agressions de type « impulsif », « organisé » et « psychotique »

Type « Impulsif »	Type « Organisé »	Type « Psychotique »
Une provocation comme cause immédiate	Pas de provocation ou provocation minimale	Absence de provocation
Agitation/déambulation	Preuve d'une planification de l'acte (arme...)	Absence de but rationnel
Colère/hostilité/irritabilité	Attaque « surprise » (de dos, pendant le sommeil...)	Symptômes à l'origine de l'agression (délire, hallucinations)
Menaces/cris	Maîtrise de soi, pas d'agitation	Diagnostic de psychose établi
Pas d'objectif de long-terme, ou de bénéfices secondaires	But ou mobiles identifiables, externes (argent..) ou internes (domination...)	
Echec des tentatives de calmer le patient	Déni ou minimisation de l'acte	
Expression de remords	Pas d'expression de remords	

Cameron Quanbeck souligne la nécessité de caractériser le type de violence avant de décider d'un éventuel traitement, en particulier un traitement médicamenteux au long cours (28). Selon la synthèse établie par cet auteur, certains traitements ayant montré des effets positifs sur les problèmes de contrôle d'impulsivité ou sur les violences liées à une psychose n'ont pas d'effets sur les violences de type « psychopathique ».

→ Une typologie des violences organisée selon différents types d'« économie psychique »

La typologie proposée par Laurent Morasz (15) s'appuie sur une clinique de la violence qui fait une large place aux apports théoriques des travaux de Jean Bergeret évoqués plus haut. Seul un aperçu de cette typologie peut être donné dans le cadre de cette fiche. L'ensemble des fondements et des articulations théoriques ne peut être restitué ici.

La violence et les « organisations limites »

L'organisation psychique limite se caractérise par « la tension entre un côté psychotique dont l'angoisse de morcellement effraie, mais dont les mécanismes de défense plus solides font envie, et un côté névrotique avec envie et angoisse mêlées de la génitalité et des plaisirs qu'elle pourrait procurer, mais peur de la dépression conjointe qui y est liée » (15).

¹⁸ Moyer KE. Kinds of aggression and their physiological basis. *Com Behav Biol* 1968;2(2):65-87 ; Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008;165(4):429-42.

Elle se manifeste chez le patient par une labilité et un polymorphisme des symptômes (alternance rapide de moments de dépression, d'agitation...), une instabilité de la vie relationnelle marquée par un cycle d'idéalisation/désidéalisation lié à une recherche d'étayage narcissique jamais satisfaite, une ambivalence, et une personnalité qui privilégie « la mise en acte des pulsions » sur « l'intériorisation symbolisante ».

Dans cette « dynamique à haute tension », les passages à l'acte sont avant tout des réactions défensives visant à éloigner le conflit psychique interne et en particulier le risque d' « effondrement dépressif ». Cependant, la répétition de ces *actings* peut les faire évoluer vers une dynamique d'agressivité et des aménagements de la personnalité tels que l'aménagement caractériel ou pervers.

La violence et la psychose

L'organisation psychotique se caractérise par « une dynamique marquée par la destructivité et la déliaison qui laissent ces patients aux prises avec des éléments psychiques archaïques peu différenciés au sein d'un appareil psychique qui ne l'est pas plus. (...) Toute la symptomatologie du psychotique repose sur ce vécu d'indifférenciation et de non-subjectivation » (15).

Dans le contexte d'une organisation psychique psychotique, plusieurs dynamiques différentes peuvent sous-tendre différents types de passage à l'acte :

- des passages à l'acte relevant de l' « *acting* délirant » qui illustre la dynamique agressive caractéristique de la personnalité psychotique « structurée autour de la destructivité » ; il s'agit bien d'attaquer et de détruire un adversaire désigné qui occupe une place précise dans un scénario délirant ;
- des passages à l'acte « non délirants », mais « éminemment dissociatifs » qui prennent la forme de violences subites, qui paraissent immotivées ;
- des passages à l'acte qui relèvent d'un débordement agressif : le patient « ressent et exprime une tension interne non verbalisable » qui va grandissant. Le patient exprimera et tentera souvent de soulager cette tension par une succession d'agirs/*actings* non violents qui précèdent en général le passage à l'acte violent. Ce dernier intervient généralement sous la forme d'une « rage indifférenciée », expression du débordement des « systèmes internes de contenance ».

La violence et la névrose

L'organisation névrotique se caractérise par une bonne intégration de la violence fondamentale au cours du développement psychique : « chez le névrotique la majeure partie de cette violence fondamentale se met au service des pulsions libidinales (apprentissage, échanges relationnels, sports, activités artistiques...) ».

Il existe néanmoins dans ces structures des courants agressifs qui s'exprimeront de manière différente selon les « aménagements névrotiques ». Parce qu'il y a dans le fonctionnement névrotique « un travail de mise en pensée possible », « cette agressivité s'exprime plutôt en pensée, en paroles ou par des agirs indirects plutôt que dans des *actings* violents hétéroagressifs ».

Cependant, « comme dans toutes les structures, le débordement est toujours possible » chez un sujet névrotique. Le sujet névrotique peut vivre des « moments limites » au décours d'atteintes narcissiques ou de moments de dépression, moments dont les caractéristiques sont proches de celles des passages à l'acte dans les organisations limites. Les sujets névrotiques se caractérisent aussi par la capacité à réaliser une « élaboration critique secondaire » dans l'après-coup.

► Les grilles de recueil standardisées

Il existe un éventail de méthodes de collecte de données sur la violence (auto-évaluation, entretiens semi-structurés...). L'enregistrement des incidents, réalisé en continu par des soignants au travers d'une grille de recueil standardisée (ou « échelle d'observation » (24)) est la méthode la plus couramment utilisée¹⁹. Plusieurs grilles de recueil standardisées des incidents violents en services de psychiatrie sont proposées dans la littérature internationale. Leur but est de mieux objectiver les phénomènes de violence en service de psychiatrie, dans le cadre de recherches, mais aussi dans une perspective plus opérationnelle de recueil et d'analyse d'événements indésirables.

¹⁹ On traite donc ici exclusivement des grilles de recueil qui ont vocation à être remplies par les membres de l'équipe soignante (et non par les patients ou des personnes extérieures à l'équipe, chercheurs...).

Parce qu'il permet d'objectiver le phénomène sous la forme de données chiffrées, l'enregistrement des incidents a une place importante dans une politique de prévention et de gestion de la violence, au niveau d'un service, d'un établissement, mais aussi au niveau régional ou national (30).

Des synthèses de la littérature portant sur ces grilles de recueil sont disponibles en anglais (30) et en français (24).

Ces synthèses identifient 4 principaux outils de recueil standardisés, ayant vocation à être utilisés en continu et remplis par les professionnels des services de psychiatrie :

- *The Overt Aggression Scale* (OAS) (31) devenue la *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS) (32) ;
- *The Staff Observation Aggression Scale* (SOAS) (33) devenue la *Staff Observation Aggression Scale-revised* (SOAS-R) (34) ; une traduction en français a été proposée par une équipe suisse (35) ;
- *The Report Form for Aggressive Episodes* (REFA) (36) ;
- *The Attempted and Actual Assault Scale* (ATTACKS) (37).

Les synthèses de la littérature citées proposent des descriptions des outils et une synthèse des études évaluant leurs qualités métrologiques. On restitue ici quelques éléments succincts sur chacun des outils.

→ La version modifiée de l'*Overt Aggression Scale* (MOAS)

- l'échelle comprend 4 catégories : agression verbale, violence contre les biens, autoagression et agression physique. Chacune de ces 4 catégories fait l'objet d'une pondération et est subdivisée en 5 catégories qui correspondent à un niveau de gravité. Un score global de gravité (ou « sévérité ») peut être calculé pour chaque incident ;
- les auteurs de « Prévenir et gérer la violence en psychiatrie » (24) ont identifié 4 études évaluant la fiabilité et la validité de l'échelle. Les résultats sont positifs, sauf en ce qui concerne l'évaluation de la sévérité.

→ La *Staff Observation Aggression Scale* (SOAS) et sa version révisée (SOAS-R)

- l'échelle comporte 5 colonnes : les circonstances déclenchantes, les moyens de l'agression, la cible de l'agression, les conséquences et les moyens mis en place pour mettre fin à la violence ;
- la version révisée comporte les mêmes catégories ;
- la version révisée prévoit un score de sévérité affiné par rapport à la version initiale SOAS (échelle à 22 points). L'incident est considéré comme mineur entre 0 et 7, de gravité modérée entre 8 et 15 et très grave entre 16 et 22. Henk Nijman *et al.* ont cherché à établir une meilleure correspondance entre les évaluations « qualitatives » des professionnels et la mesure de la gravité des incidents en unités d'hospitalisation psychiatriques. Cette échelle de sévérité a ainsi été construite à partir des évaluations de la gravité de 556 incidents violents, évaluations réalisées par des professionnels sur une échelle visuelle analogue (EVA) (34).
- les études évaluant les outils SOAS et SOAS-R font apparaître :
 - ▶ une bonne fiabilité inter-évaluateurs des deux outils (38, 39), 10 études ayant été identifiées en 2011 par l'équipe des universités de Louvain et Gent (24) ;
 - ▶ une confirmation de la correspondance entre l'échelle de sévérité et l'évaluation « qualitative » de la gravité par les professionnels (40).

Cependant, selon Henk Nijman *et al.* (30) :

- ▶ comme pour les autres grilles de recueil, il n'y a pas d'études évaluant la fiabilité inter-évaluateurs des décisions des membres de l'équipe soignante d'avoir recours à ces grilles : on peut faire l'hypothèse qu'il pourrait exister une variabilité des décisions de déclaration pour les incidents mineurs, en particulier si une démarche spécifique (formation...) n'a pas été réalisée, afin que l'équipe puisse partager des définitions communes des incidents violents ;
- ▶ il peut être difficile de mettre en place une utilisation « en routine » de ces grilles de recueil au sein des équipes dans un contexte d'accumulation des tâches dites « administratives ».

→ *The Report Form for Aggressive Episodes* (REFA)

- Cette grille de recueil ambitionne d'aller au-delà de la description de l'événement pour appréhender plus largement les caractéristiques des situations.

▶ Plusieurs catégories sont proposées pour qualifier les facteurs déclenchants, correspondant chacune à plusieurs items :

- ✓ Contact physique
- ✓ Limites posées
- ✓ Problèmes de communication
- ✓ Changements, réaménagements
- ✓ Personnes
- ✓ Contacts à risque
- ✓ Abus de substance
- ✓ Autre

▶ Plusieurs catégories sont proposées pour caractériser l'épisode :

- ✓ Menaces verbales
- ✓ Menaces physiques (4 types d'agressions physiques)

- il est recommandé au membre de l'équipe soignante qui remplit la grille de consulter un autre témoin et si possible d'interroger le patient à distance de l'incident ;
- 2 études font apparaître une très bonne fiabilité inter-évaluateurs de l'échelle (41, 42) ;
- l'échelle REFA est adaptée à la pratique et permet une réflexion sur les facteurs situationnels de la violence. Elle ne permet cependant pas de distinguer les incidents selon leur gravité, de connaître les conséquences de l'événement ou les mesures prises pour gérer l'incident (30).

→ ***The Attempted and Actual Assault Scale (ATTACKS)***

L'échelle ATTACKS, élaborée plus récemment que les autres échelles examinées, est utilisée pour mesurer et caractériser les actes de violence physique.

Il est demandé au membre de l'équipe soignante qui remplit la grille :

- une description détaillée de l'agression (notamment, moyens utilisés, parties du corps visées...) ;
- une estimation de l'intention de nuire qui animait l'assaillant ;
- une estimation du niveau de risque d'atteinte à l'intégrité physique.

Un score de sévérité peut être calculé sur la base des données recueillies sur ces trois dimensions de l'incident.

Une étude fait apparaître une très bonne fiabilité inter-évaluateurs de l'échelle (37).

3. Quelle est l'ampleur et l'impact du phénomène de violence en service de psychiatrie en France et à l'étranger ?

Le chapitre 3 présente :

- les données descriptives quantitatives retrouvées dans la littérature étudiée sur :
 - ▶ la fréquence des incidents violents dans les services de psychiatrie ;
 - ▶ les assaillants et les victimes ;
 - ▶ les lieux et les moments des incidents
- les données qualitatives et quantitatives sur le retentissement et les conséquences des incidents violents en service de psychiatrie.

L'élaboration de ce chapitre s'est appuyée :

- ▶ sur une synthèse portant sur 424 études permettant de caractériser les incidents violents en service de psychiatrie, réalisée entre 2009 et 2011 en Angleterre, par une équipe de 7 chercheurs (43)²⁰²¹,
- ▶ sur l'analyse des études individuelles incluses dans le cadre de cette revue.

Les études examinées sur le phénomène de violence en service d'hospitalisation en psychiatrie font apparaître que :

- l'incidence et la prévalence du phénomène de violence en service de psychiatrie sont très importantes, même si les résultats varient d'une étude à l'autre ;
- les victimes sont principalement d'une part les professionnels, infirmiers en particulier, et d'autre part, à part égale, les autres patients de l'unité de soins ;
- une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des incidents ;
- il existe une variation de la fréquence des incidents selon le type de service, le lieu au sein de l'unité de soins, le moment de la journée et la période de l'année ;
- les impacts négatifs de la violence en hospitalisation psychiatrique sont mis en lumière par la littérature. S'il y a peu d'incidents entraînant des atteintes physiques graves, les impacts psychologiques sur les individus, professionnels et patients, ainsi que les effets sur les collectifs de travail sont très importants et délétères.

Selon le cas, les études sont présentées dans le corps du texte ou en annexe du chapitre.

3.1 La fréquence des incidents violents dans les services de psychiatrie

Les enquêtes et études font toutes le constat d'une fréquence importante des incidents violents en service de psychiatrie. Les résultats d'incidence et de prévalence varient considérablement d'une étude à l'autre ; il n'existe pas une définition et une méthode de mesure partagées par la communauté scientifique internationale et par les milieux professionnels en psychiatrie. Le recueil des actes de violence dépend souvent des déclarations des professionnels, soumises à d'importantes variations, selon les individus, les structures ou les pays.

Les données disponibles qui permettent de cerner au plan quantitatif le phénomène de violence en service de psychiatrie sont essentiellement issues de trois sources :

²⁰ Cette revue s'inscrit dans le cadre plus général du *Conflict and containment reduction research programme* portant sur les incidents en service de psychiatrie (agressions, mais aussi fugues, suicides...) et les réponses à ces incidents. Ce programme a donné lieu à un travail exhaustif de recensement et d'analyse de la littérature portant sur 1 180 références et mobilisant 14 chercheurs sur une période de 5 ans <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/LiteratureReviews.aspx>

²¹ Trois revues de la littérature plus anciennes (9, 44, 45) ont été identifiées.

- (a) les systèmes de signalement établis au niveau national, régional ou au niveau des établissements de santé ;
- (b) les enquêtes réalisées à partir de données recueillies par les professionnels avec des outils d'enregistrement de mesure standardisés des incidents ;
- (c) les enquêtes menées auprès des professionnels de santé. Une étude fondée sur une enquête auprès de patients a été identifiée.

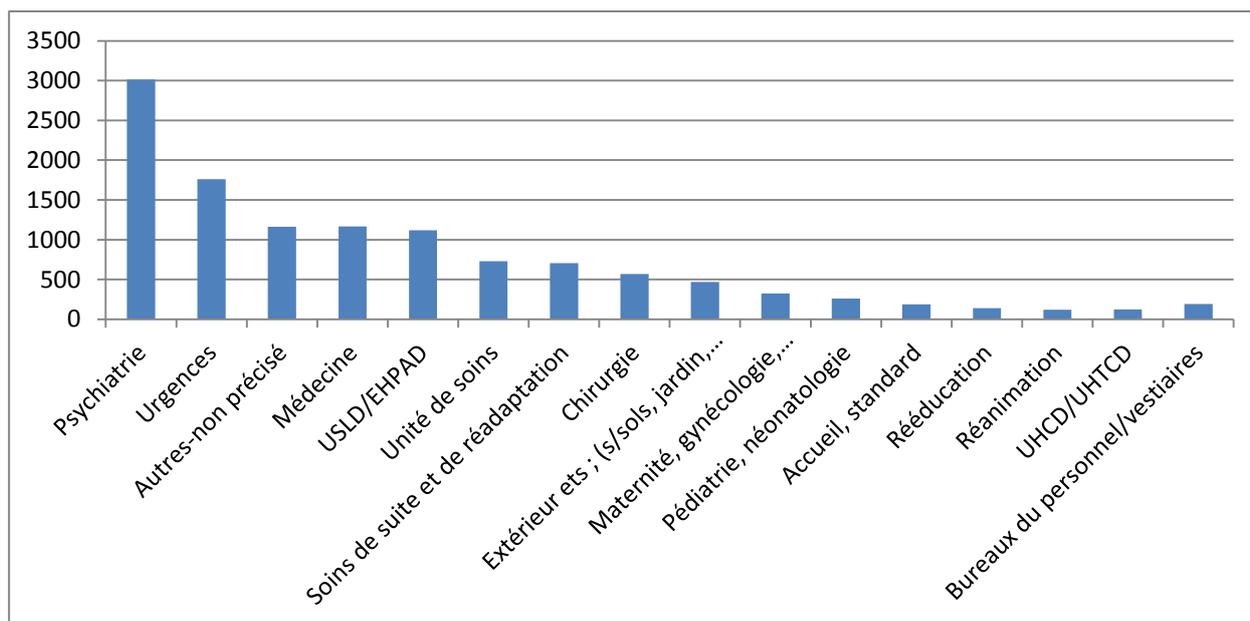
Trois études fondées sur une analyse des dossiers patient et croisant différents types de données ont été identifiées (46-48).

► Les données issues des systèmes de signalement

Les publications concernées sont soit des rapports d'agences chargées de collecter et/ou de traiter les données issues des déclarations d'incidents, soit des enquêtes rétrospectives sur des échantillons de déclarations d'incidents.

En France, le rapport 2014 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), indique que la psychiatrie apparaît, sur la base des déclarations d'incidents, comme le secteur le plus touché par les incidents violents (24 % des signalements en 2012, 3 012 signalements en psychiatrie en 2013) (49).

Répartition des événements déclarés en 2013 par lieu ou par service (N = 11 344 incidents déclarés) d'après l'Observatoire national des violences en milieu de santé, 2014 (49)



L'ONVS précise les limites de ces données : « les éléments statistiques présentés dans ce rapport sont (...) issus des signalements des établissements eux-mêmes sur la base du volontariat. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais représentent un reflet, un instantané de la violence présente au quotidien dans les services » (49)²².

Dans d'autres pays, les rapports établis sur la base des événements déclarés font apparaître eux aussi la fréquence de la violence dans les services de psychiatrie. Par exemple, le *NHS Protect* montre que sur 68 683 incidents déclarés par les professionnels de santé du *NHS England*²³ 47 184 concernaient des

²² On présente ici les données chiffrées françaises les plus récentes. On trouvera d'autres données dans des travaux plus anciens (50-54).

²³ *National Health Service*, le système de soins public en Angleterre.

services prenant en charge des personnes ayant des troubles psychiques²⁴ (55). Le taux d'agressions physiques pour 1 000 professionnels est de 223 dans le champ de la santé mentale. Ce taux est de 22 en soins aigus en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Une étude sur les données recueillies via le système de déclaration des événements indésirables du groupement hospitalier (*Trust*) de Londres a été réalisée (56). L'étude porte sur les données recueillies au sein de 3 hôpitaux et 14 unités de psychiatrie sur 30 mois (2002-2004). Il y a par service (dimension approximative de 20 lits) environ 1 agression physique déclarée toutes les 4 semaines.

Certains auteurs estiment que la fréquence des incidents est sous-estimée dans les évaluations réalisées à partir des déclarations d'incidents obtenues au travers des systèmes « officiels ». Il existerait de la part des professionnels des services de psychiatrie une **tendance à la sous-déclaration des agressions**, comme c'est le cas pour les événements indésirables en général. Les raisons sont complexes : désensibilisation face à la violence de la part de soignants qui y sont constamment exposés, souhait de ne pas stigmatiser les patients, sentiment que la violence fait « partie du job », pression des pairs, peur d'être considéré comme « fautif », minimisation des formes de violence symbolique (menaces, insultes), souhait d'éviter une procédure administrative (9, 57-60).

► Les enquêtes réalisées sur la base de données recueillies avec des outils d'enregistrement des incidents standardisés²⁵

Cette section présente les **études agrégeant des données issues de plusieurs enquêtes** :

- en 2005, Henk Nijman *et al.* ont publié une étude compilant les résultats d'enquêtes conduites dans 5 pays européens sur une période de 15 ans dans 38 services de psychiatrie au moyen d'une échelle standardisée : la *Staff Observation Aggression Scale* (SOAS) (39). L'étude fait apparaître une moyenne de 9,3 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an ;
- en 2011, l'équipe du *Conflict and containment reduction research programme* a proposé une estimation fondée sur la base d'une agrégation des résultats issus de 122 études, obtenant une moyenne de 11,4 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an (43).

Ces résultats peuvent être traduits schématiquement de la manière suivante : dans une unité d'hospitalisation psychiatrique d'une quinzaine de lits, il y aurait chaque semaine environ trois incidents violents susceptibles de faire l'objet d'une déclaration.

Les auteurs de ces travaux recommandent cependant la plus grande prudence dans l'utilisation de ces données, car les méthodes et conditions de recueil varient selon les études et les pays.

► Les enquêtes réalisées auprès des professionnels et des patients

Lorsque les professionnels sont interrogés directement, les enquêtes tendent à mettre en lumière l'ampleur du phénomène.

Par exemple :

- Une enquête française :

Madeleine Monceau a conduit une enquête par questionnaire en 1994 auprès des soignants des structures de la psychiatrie publique (197 réponses). 8 répondants sur 10 disent s'être trouvés plusieurs fois dans une situation violente au cours des deux dernières années, la majorité étaient directement impliqués (51).

- Des enquêtes européennes :

- dans l'**enquête NEXT** « Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail » réalisée auprès de 39 898 soignants vivant en Europe, dont 5 376 en France (61-63), 47,7 % des infirmiers travaillant en psychiatrie disent être victimes de violences de la part des patients et/ou des familles au moins mensuellement (62).
- dans l'**enquête SESMAT** « Santé et satisfaction des médecins au travail », recueillie auprès de 1 924 praticiens seniors (médecins et pharmaciens) tirés au sort et exerçant des

²⁴ Il est à noter que certains de ces services relèveraient du champ médico-social en France.

²⁵ Pour une description de ces outils, cf. chapitre 2.

fonctions salariées dans des établissements de santé publics et privés, les psychiatres sont 55,1 % à se déclarer victimes de violences au moins mensuellement de la part des malades ou de leur famille. Ils sont significativement plus exposés à la violence que l'ensemble des médecins de l'échantillon (55,1 % (n=179) vs 27,5 % (n = 1 924) ; p < 0,001) (64).

- Une enquête internationale (65) :

« The attitudes towards patient physical assault questionnaire » a été administré à 999 infirmiers psychiatriques dans :

- 6 établissements psychiatriques aux Etats-Unis ;
- 13 unités de soins psychiatriques en Grande Bretagne ;
- 1 établissement psychiatrique au Canada ;
- 2 établissements psychiatriques en Afrique du Sud

faisant apparaître que :

- 75 % des répondants déclarent avoir été physiquement agressés au moins une fois au cours de leur carrière par un patient,
- 20 % déclarent avoir été agressés plus de 10 fois par des patients au cours de leur carrière.

Les auteurs de l'ouvrage de référence *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management* (14) appellent à une interprétation prudente de ce type de données. Les auteurs estiment que ce type d'enquête, contrairement à celles qui se fondent sur les déclarations d'incidents, peut donner lieu à une surestimation de la prévalence de la violence en psychiatrie, les faibles taux de réponse laissant penser qu'il pourrait exister un biais de sélection. Les professionnels ayant souffert de ces situations souhaitant relayer leur expérience seraient plus motivés pour répondre à ce type d'enquêtes et surreprésentés dans l'échantillon²⁶ (30).

Une seule enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de patients en psychiatrie a été identifiée dans le cadre de cette revue bibliographique (67). Cette étude revêt de ce fait une importance particulière.

L'objectif de l'étude est de cerner les expériences traumatisantes vécues par les patients lors de leurs hospitalisations en psychiatrie. Les événements peuvent être de natures très diverses, certains sont liés aux soins (contention...), d'autres aux circonstances de l'hospitalisation (avoir été amené menotté par la police...), d'autres liés à l'environnement de l'hospitalisation (avoir été témoin de violences...).

L'enquête, conduite sur une période de deux ans, porte sur un échantillon aléatoire de 142 patients d'un hôpital de jour en Caroline du Sud (Etats-Unis). Un questionnaire a été rempli par chacun des patients au cours d'un rendez-vous individuel. Il est composé de trois instruments : le *Patient Experiences Questionnaire* (PEQ), le *Trauma Assessment for Adult self-report* (TAA) et le *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL).

On ne peut restituer ici l'ensemble des résultats de cette étude, mais plus particulièrement ceux qui ont trait à la violence subie en hospitalisation de la part d'autres patients :

- 63 % des patients ont vécu au moins 1 événement traumatisant lors de leur hospitalisation en psychiatrie ;
- 54 % ont été hospitalisés en même temps que d'autres patients qui avaient des comportements violents ou qui étaient menaçants ;
- 39 % disent avoir été témoins d'une agression par un patient ;
- 26 % disent avoir été agressés par un autre patient ;
- 18 % disent avoir subi une forme de harcèlement sexuel par un autre patient.

²⁶ On notera que les auteurs de l'ouvrage sont ceux qui ont mené l'étude menée auprès des professionnels de Londres citée en annexe du chapitre (66).

3.2 Les victimes et les assaillants

► Les victimes : les patients aussi

Comme cela a été montré plus haut, les données disponibles montrent que les professionnels de la psychiatrie en particulier les infirmiers subissent fréquemment des violences dans le cadre professionnel.

Mais on ne saurait oublier que très souvent les autres patients de l'unité de soins sont victimes des violences, comme le suggère l'étude présentée plus haut (67). Cette réalité semble avoir été longtemps méconnue.

Ainsi, plusieurs études (6, 13, 46, 68-71) montrent que les patients sont tout aussi affectés par la violence des patients que les soignants.

Par exemple :

- une étude australienne publiée en 1993 dans l'*American Journal of Psychiatry* (46) et conduite dans 6 unités psychiatriques montre que, sur les 1 302 incidents relevés dans 1 025 dossiers patient sur une période de 6 mois :
 - ▶ 507 (39 %) incidents avaient pour victime un patient ;
 - ▶ 450 (32 %) un professionnel ;
 - ▶ les 22 % restant relevant de la violence contre les biens.

En France, les données disponibles conduisent à des constats similaires établis dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 qui a mis en lumière en particulier l'existence de cas de violence sexuelle entre patients (72).

► Les assaillants : une minorité de patients

Plusieurs études soulignent qu'une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des violences étudiées (25, 45, 57, 70, 71, 73, 74).

Par exemple :

- l'étude de Cathy Owen *et al.* « Repetitively violent patients in psychiatric units » publiée en 1998 s'attache au cas des patients auteurs de violences répétées en hospitalisation. Cette étude prospective a été menée au sein de 5 unités de psychiatrie en Australie pendant une période de 7 mois. Parmi les 855 patients admis, 174 avaient commis des actes de violence. Parmi ces 174 patients, 20 patients (c'est-à-dire 2,3 % des patients admis) étaient à l'origine de 70 % des incidents violents (25).

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* conforte ces constats en se fondant sur l'analyse de 65 études, notant toutefois la grande hétérogénéité des résultats. Aucune agrégation de données n'a été possible (43).

3.3 Les lieux et les moments des incidents

► Moments de la journée, jours de la semaine, saisons

→ Les heures du jour

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* identifie 57 études contenant des données sur les horaires des incidents (43).

Toutes les études font apparaître une fréquence plus importante des incidents pendant la journée et une rareté des incidents pendant la nuit.

Les 27 études comportant des données sur les heures des incidents suggèrent une fréquence plus importante des incidents le matin.

Les 30 autres études comportant des données sur la fréquence par « équipe » (*shift*) matin/après-midi/nuit tendent à renforcer ce constat dans le cas des services de psychiatrie générale en établissement psychiatrique. La tendance ne se confirme pas dans un certain nombre de contextes (unité pour malades difficiles, unité d'admission).

→ Les jours de la semaine

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* identifie 33 études contenant des données sur la variation de la fréquence des incidents selon les jours de la semaine (43).

Les incidents paraissent plus fréquents pendant la semaine que pendant le week-end avec un « pic » en début de semaine (lundi à mercredi).

→ Période de l'année

Les études identifiées dans la revue de la littérature ne permettent pas de dégager des régularités claires selon les périodes de l'année.

► Lieux au sein d'une unité

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* identifie 18 études comportant des données sur le lieu des agressions. Les lieux de vie en commun sont les plus souvent concernés par les incidents violents ; viennent ensuite les chambres, les couloirs et les postes de soins (43).

Selon les auteurs de la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme*, les résultats des études sur les moments et les lieux des incidents tendent à montrer le lien entre les incidents violents et l'organisation et activités du service. Les temps et les lieux où les interactions s'intensifient semblent plus « à risque » que les autres et leur organisation nécessite sans doute une réflexion spécifique au sein des services.

► L'admission et l'hospitalisation de longue durée : deux situations à risque de violence

La littérature fait apparaître un risque accru de violence dans deux situations différentes :

- les heures et les jours suivant l'admission en unité d'hospitalisation : plusieurs études montrent qu'une proportion importante des incidents est liée à des patients récemment admis (48, 70, 73, 75-77). Ces résultats doivent être rapprochés des constats d'études cliniques montrant le lien entre l'expression de certains troubles psychiatriques en phase aiguë et des phénomènes de violence transitoire²⁷, ainsi que des études montrant le lien entre violence et certains facteurs contextuels²⁸.
- l'hospitalisation de longue durée : ce phénomène est moins connu. Plusieurs études (46, 48) de la revue bibliographique suggèrent que les services accueillant principalement des patients institutionnellement dépendants figurent parmi les secteurs les plus touchés par le phénomène de violence.
 - Par exemple,
 - Vaughan J. Carr *et al.* (48) ont publié une étude sur des données relatives à 5 546 séjours dans 11 unités psychiatriques sur une période de 12 mois. L'étude se fonde sur plusieurs sources : analyse de dossiers patient, transmissions infirmières et déclarations d'événements indésirables. Un relevé des incidents majeurs faisant l'objet d'une déclaration d'événements indésirables, mais aussi des incidents de moindre gravité a notamment été effectué,
 - des incidents ont été relevés pour 21,4 % des admissions (incidents majeurs 11,2 % des admissions, incidents mineurs 15 %) ;
 - taux d'incidents majeurs par lit occupé : 0,55 – taux d'incidents mineurs : 3,73 ;
 - les résultats montrent aussi une variabilité entre secteurs. Ainsi dans les unités accueillant des patients en hospitalisation de longue durée :

²⁷ Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr Psychiatry* 1986;27(2):131-48.

²⁸ Cf. Chapitre n° 4 : quels sont les facteurs expliquant la survenue des incidents violents en psychiatrie ?

- le taux d'incidents « sérieux » est deux à quatre fois supérieur que dans les autres unités (unités de psychiatrie générale et une unité pour malades difficiles),
- le taux d'incident de moindre gravité est six à neuf fois supérieur que dans les autres unités.

Ces résultats sont cohérents avec ceux des travaux faisant apparaître que les violences en hospitalisation sont souvent le fait de patients présentant des troubles d'allure neuropsychologique (2, 25, 71, 78).

3.4 Les types et conséquences des incidents violents en service de psychiatrie

Les données disponibles sur les diverses formes et conséquences des incidents violents sont présentées dans cette section. Les formes de violence sont multiples : on distinguera schématiquement entre la violence physique, la violence verbale et la violence contre les objets. L'impact de la violence se manifeste lui aussi sous des formes diverses : atteintes physiques, effet psychologique sur les individus, mais aussi sur les collectifs.

La littérature permet de dégager des enseignements :

- les diverses formes de violence sont présentes en service de psychiatrie. La distribution est différente selon les méthodes de recueil, les enquêtes auprès des professionnels suggérant que la violence verbale est sans doute la plus fréquente ;
- les atteintes physiques sont peu sévères dans la majorité des cas, mais les impacts psychologiques sont importants. L'impact physique et psychologique de la violence sur les patients victimes d'incidents est très mal connu ;
- des études permettent de mieux comprendre les mécanismes sous-tendant les traumatismes psychologiques, ainsi que leurs répercussions sur les collectifs de travail.

► La fréquence des différents types de violence

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* a réalisé une agrégation des données quantitatives disponibles sur la violence physique, mais il n'a pas été possible aux auteurs de la revue d'établir des comparaisons quantitatives par types d'incidents.

Selon les études, la proportion et la fréquence de la violence physique varient beaucoup.

- Dans les 39 études identifiées comportant des données sur plusieurs types de violence (entre 2 et 4 catégories), la proportion des incidents violents impliquant de la violence physique varie entre 6 % et 93 % avec une moyenne de 45 % (43).

Les enquêtes auprès des professionnels, incluses dans la bibliographie (cf. annexe de ce chapitre), suggèrent que les agressions verbales sont plus courantes que les agressions physiques.

- Par exemple :

- ▶ L'étude de Nijman *et al.*, 2005 (66) présente les résultats d'une enquête par questionnaire auprès de 154 infirmiers travaillant en unité psychiatrique :
 - 90 % des infirmiers disent avoir été au moins une fois agressés verbalement par un patient au cours de l'année écoulée ;
 - 76 % des infirmiers disent avoir subi une agression physique « mineure » et 16 % une violence grave ;
 - 1 sur 5 déclarent ne pas avoir pu se rendre au travail à cause d'incidents violents au cours de l'année écoulée. Les arrêts maladie déclarés sont en moyenne de 5,2 jours.

Dans les études épidémiologiques, les résultats selon le type de violence varient d'une étude à l'autre (cf. annexe de ce chapitre). L'interprétation des résultats des études observationnelles, ainsi que des études

menées sur la base des déclarations d'événements indésirables, doit aussi prendre en compte la tendance à la minimisation et à la sous-déclaration des agressions verbales (43).

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* identifie 14 études comportant des données quantitatives sur les conséquences matérielles des incidents. Une agrégation a été réalisée montrant qu'en moyenne 13 % des incidents ont pour conséquence un dommage matériel.

► La gravité des agressions physiques

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* identifie 18 études fournissant des données chiffrées sur le niveau de gravité des atteintes physiques liées à des incidents en unité d'hospitalisation psychiatrique. En moyenne, les conséquences somatiques des incidents sont « graves » c'est-à-dire nécessitant une prise en charge médicale dans 6 % des cas (43).

Les agrégations réalisées par Henk Nijman *et al.* (39) dans une étude déjà citée compilant les études conduites dans 5 pays européens sur une période de 15 ans à partir de la grille SOAS fait apparaître que 1 à 5 % des agressions (n = 10 700 environ) ont nécessité une prise en charge médicale.

Certaines études permettent d'affiner ce constat global. Par exemple :

- L'étude de Peter Cheung *et al.* (68) met en évidence que sur les 806 incidents répertoriés dans cette étude, 7,6 % des incidents ont eu pour conséquence une douleur physique durant moins de 10 minutes et 2,6 % une douleur durant plus de 10 minutes.
- L'étude de Michael Daffern *et al.* (70) dans un établissement pour malades difficiles en Australie met en évidence que 20 % des 197 agressions physiques étudiées ont eu pour conséquences des bleus ou des ecchymoses. Dans 15 % des cas, il s'agit d'égratignures, de cheveux tirés ou de coups qui n'ont pas laissé de marque visible.
- Une étude de Raymond Flannery *et al.* (79), portant sur les données recueillies au cours des 15 ans d'existence d'un programme d'accompagnement de professionnels agressés dans le cadre de leur exercice en psychiatrie, montre que sur 460 agressions physiques, 10 % ont eu pour conséquence une blessure à la tête.

La plupart des études concernent les conséquences physiques pour les professionnels. Un petit nombre d'études apportent des éléments d'information sur les conséquences des agressions physiques pour les patients victimes.

- L'étude de Chloé Foster *et al.* a été réalisée au cours d'une période de 10 mois dans 5 unités de psychiatrie en Grande-Bretagne. 254 incidents ont été analysés. Des douleurs ou des blessures sont notées dans 25 % des cas d'agression d'un patient sur un autre (80).
- Une étude fondée sur l'analyse de 3 300 heures de vidéos enregistrées²⁹ dans une unité psychiatrique fermée au *Manhattan Psychiatric Center* (Etats-Unis), au cours d'une période de 27 mois (81), permet d'appréhender la gravité des conséquences physiques pour les patients agressés. Sur les 154 agressions physiques de patient par un autre patient, 21 ont été qualifiées de « mineures », 76 de « graves », car elles impliquaient une intention agressive et une atteinte physique douloureuse pour la victime et 57 ont été classées dans la catégorie intermédiaire.

Les résultats de ces études suggèrent que le niveau de gravité des atteintes physiques est supérieur chez les patients victimes d'agression que chez les professionnels.

► La constellation des impacts psychologiques

→ L'impact psychologique de la violence chez les professionnels

L'impact psychologique des incidents violents paraît important chez les professionnels et est documenté dans de nombreuses études.

²⁹ Il est regrettable que les questions éthiques que peut susciter le protocole adopté par Martha Crowner *et al.* ne soient pas abordées dans l'article cité, ni apparemment n'aient été traitées lors de sa mise en place. Néanmoins, cette étude constituant un apport pour la connaissance des victimes d'agression parmi les patients hospitalisés, le choix a été fait de mentionner ses résultats.

Ian Needham *et al.* ont établi en 2005 une revue de la littérature identifiant 27 études sur le sujet (82, 83).

Cette synthèse établit un certain nombre de constats :

- l'impact de la violence verbale peut être aussi important que celui de la violence physique, un constat mis en lumière dans d'autres études (84, 85) ;
- l'anxiété, la peur, la colère, le sentiment de culpabilité, la perte de confiance dans ses compétences professionnelles sont les manifestations psychologiques les plus souvent relevées, parmi les 28 relevées dans les études ;
- des symptômes de stress post-traumatiques sont souvent notés : réactivation de l'expérience traumatique, évitement, hypervigilance et troubles du sommeil. Les cas de stress post-traumatique caractérisé (réunissant l'ensemble des critères) sont plus rares. Par exemple :
 - ▶ l'étude de Michael Caldwell, appuyée sur une enquête auprès de 224 professionnels de psychiatrie ayant subi une agression, montre que 56,1 % présentent certains symptômes de stress post-traumatique, 9,8 % présentant l'ensemble des critères diagnostiques du stress post-traumatique (86).
 - ▶ Richard Whittington et Til Wykes ont réalisé plusieurs études sur les effets des incidents violents (87). L'une d'entre elle a été conduite au sein de 6 unités d'hospitalisation psychiatrique à Londres (88) :
 - l'étude porte sur 83 infirmiers répartis en plusieurs groupes et suivis dans le temps. Le protocole permet une comparaison dans le temps et entre groupes d'infirmiers ayant subi ou n'ayant pas subi une agression pendant une période de 6 mois ;
 - plusieurs évaluations ont été réalisées au moyen d'échelles standardisées, afin de mesurer le niveau de détresse psychologique, les symptômes de stress post-traumatique, mais aussi certains facteurs susceptibles d'influencer le processus de rétablissement ;
 - une proportion importante des infirmiers agressés (25 à 54 %) présentent une élévation du niveau de détresse psychologique et certains symptômes post-traumatiques. 5 % présentent un stress post-traumatique caractérisé ;
 - l'exposition répétée à la violence paraît avoir deux effets possibles : soit une élévation du niveau de détresse psychologique, soit au contraire une diminution de ces manifestations, amenant les auteurs à formuler l'hypothèse qu'il existe une forme d'habituation à la violence chez une partie des infirmiers de psychiatrie.
- L'expérience d'une ou plusieurs agressions peut influencer les attitudes et comportements professionnels, et diminuer le désir de poursuivre un parcours professionnel de soignant.

Ce constat est étayé par d'autres études.

- L'analyse des données issues de l'enquête NEXT, réalisée auprès de 39 898 soignants vivant en Europe, dont 5 376 en France (61-63) montre une association entre les violences subies de la part des patients et des familles et l'intention de changer d'établissement ou de quitter la profession (61).
- L'enquête qualitative de Deborah Kindy *et al.* (89) auprès de 10 infirmiers psychiatriques montre comment l'impact émotionnel de l'incident est renforcé par :
 - ▶ la perception que le risque n'est pas reconnu par le management de l'établissement, que les professionnels ne sont pas soutenus voire sont culpabilisés après un incident violent,
 - ▶ le sentiment que l'agression par un patient constitue une trahison de leurs attentes et de leurs pré-supposés sur leur métier³⁰.

→ L'impact de la violence sur les collectifs de travail

Plusieurs travaux évoquent les perturbations que les situations de violence provoquent au sein des collectifs de travail en psychiatrie (15, 90, 91).

- Bruno Gravier et Yodok Lustenberger ont évoqué, dans un article publié en 2005 dans les Annales médico-psychologiques (91), les réactions des équipes confrontées à des patients potentiellement vio-

³⁰ Plus que le degré de sévérité de l'agression, il semble que l'écart par rapport aux pré-supposés que l'on peut avoir sur la situation et l'agresseur (*violation of personal assumptions*) tend à renforcer le sentiment de détresse de la victime (87).

lents, réactions diverses et sources de profondes distorsions dans la communication entre intervenants :

- ▶ déni de la violence potentielle et non reconnaissance de la peur ;
 - ▶ fascination et excitation ;
 - ▶ distorsion dans les communications.
- Laurent Morasz a analysé les réactions collectives des équipes de soin face à la violence (15). Comme dans le cas du fonctionnement psychique individuel, la violence peut avoir pour effet de faire « régresser défensivement » le fonctionnement du groupe. Ce dernier peut ainsi avoir tendance :
 - ▶ à se figer dans une posture « qui amène le groupe à faire corps (souvent contre les « autres »). Dans ce cas aucune position critique de la part d'un des membres du groupe ne pourra être tolérée. » (15) ;
 - ▶ à rejeter l'agresseur, mais aussi la victime. Les professionnels victimes ont ainsi un statut ambivalent dans le groupe, car ils sont des « rappels du trauma dans un groupe qui a le plus souvent un intérêt économique à oublier » (15) ;
 - ▶ à désigner des boucs émissaires : un collègue, un patient, l'administration...Les crises peuvent s'aggraver et déboucher sur un éclatement du groupe.

→ L'impact psychologique de la violence chez les patients

Les impacts psychologiques sur les patients victimes d'agression de la part d'autres patients ou témoins de violences ont été beaucoup moins fréquemment étudiés. L'enquête de Paulette Gillig *et al.* conduite par questionnaire auprès de 54 patients et 35 professionnels d'un service de psychiatrie d'un établissement des *Veterans' Affairs* aux Etats-Unis apporte un éclairage sur cette question (92). Les professionnels et les patients ont répondu à une question concernant leur sentiment d'inquiétude au sujet du risque d'agression dans l'unité et ses effets psychologiques et somatiques. Les patients disent avoir ressentis les effets suivants :

- ▶ un sommeil perturbé pour 26 % d'entre eux ;
- ▶ une perturbation de l'appétit pour 27 % ;
- ▶ un accroissement de la dépression ou du sentiment de tristesse pour 33 % ;
- ▶ un sentiment de colère pour 34 % ;
- ▶ un évitement du contact avec les autres patients pour 22 % ;
- ▶ le souhait de quitter l'hôpital pour 21 % ;
- ▶ des troubles somatiques pour 23 %.

Ces effets sont tous plus importants dans les déclarations des patients que dans les déclarations des professionnels.

Les risques psychologiques liés à l'exposition à la violence paraissent accrus pour les patients hospitalisés en psychiatrie. Il s'agit d'une population caractérisée par une vulnérabilité particulière, du fait de la maladie, mais aussi des événements de vie qui ont souvent jalonné leur parcours. Dans l'étude nord-américaine précédemment citée, conduite par Christopher Frueh *et al.* (67), sur 142 patients interrogés, 87 % font état d'une expérience traumatisante dans leur vie (viol, violence...) et 17 % souffrent probablement d'un stress post-traumatique.

3.5 Annexe : autres études

Tableau 1. Autres études réalisées à partir de données issues des systèmes de signalement.

Référence	Durée	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
Noble et Rodger, 1989 (75)	12 mois	<i>Bethlem Royal and Maudsley Hospitals</i> (Angleterre)	1 529 hospitalisations 470 incidents déclarés	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 137 patients à l'origine de 470 incidents déclarés</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 65 patients à l'origine d'un seul incident 72 patients à l'origine de 405 (86 %) incidents Infirmiers et patients les plus fréquemment victimes</p> <p><u>Niveau de gravité</u> Mineur : 59 % (pas d'atteinte physique visible) Modéré : 39 % (atteinte physique mineure) Sévère : 2 % (atteinte physique grave : blessure, os cassé...)</p>
Miller <i>et al.</i> , 1993 (46)	6 mois	6 unités de soins d'un établissement public de santé en psychiatrie (Australie)	1 025 patients Données issues du système de signalement + transmissions infirmières Recodage par l'équipe de recherche	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 260 patients à l'origine de 1 302 incidents</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 507 incidents ont eu pour victime un patient (38 %) 450 incidents ont eu pour victime un infirmier (34 %)</p> <p><u>Lieux</u> Unité fermée d'admission : 29 % des patients ayant eu des moments de violence 2 unités d'admission : 27 % et 10 % des patients ayant eu des moments de violence 3 unités de moyen et long séjour : 68 %, 45 % et 64 % des patients ayant eu des moments de violence</p>
Shepherd et Lavender, 1999 (69)	5 mois	13 unités psychiatriques d'un hôpital de Londres	130 incidents déclarés	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 72 patients à l'origine de 130 incidents</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 24 patients à l'origine de 86 incidents 57,4 % des incidents ont eu pour victime un patient 40,9 % des incidents ont eu pour victime un professionnel</p>

Référence	Durée	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
				<u>Type de violence et gravité</u> Violence physique : 84,6 % Violence contre les objets : 10,8 % Violence verbale : 6 %
Powell <i>et al.</i> , 1994 (93)	13 mois	Bethlem Royal and Maudsley Hospitals (Angleterre)	20 000 patients environ (patients pris en charge en intra- et extra-hospitalier) 1 000 incidents déclarés	<u>La prévalence et l'incidence</u> 275 patients à l'origine de 1 000 incidents <u>Les assaillants et les victimes</u> 21 patients (8 %) à l'origine d'environ 40 % [425] des incidents déclarés
Daffern <i>et al.</i> , 2003 (70)	12 mois	Etablissement psychiatrique pour patients difficiles 150 lits (Australie)	193 patients 197 incidents déclarés	<u>La prévalence et l'incidence</u> 66 patients à l'origine de 197 incidents déclarés 197 incidents en 12 mois <u>Les assaillants et les victimes</u> 12 patients à l'origine de 5 incidents et plus 35 % des agressions visaient des patients 25 % des agressions visaient des infirmiers <u>Type de violence et gravité</u> Violence physique contre les personnes : 44,7 % Violence contre les objets : 34,5 % Violence verbale : 19,3 % Aucun incident n'a eu de conséquences physiques graves (blessures internes ou externes, os cassés...)
Kraus et Sheitman 2004 (71)	5 mois	Etablissement de santé public en psychiatrie, Caroline du Nord (Etats-Unis) 360 lits	1 952 patients 419 incidents déclarés	<u>La prévalence et l'incidence</u> 419 incidents en 5 mois 266 agressions contre les personnes <u>Les assaillants et les victimes</u> 27 patients (1,4 %) à l'origine de 5 incidents et plus, soit 56 % des incidents 54 % des agressions visaient des professionnels 46 % des agressions visaient des patients <u>Type de violence et gravité</u> Violence physique contre les personnes : 63 % Autoagression : 32 %

Référence	Durée	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
				Violence contre les objets : 12 %
Flannery <i>et al.</i> , 2007, 2010 (8, 94)	15 ans 20 ans	7 établissements publics de santé en psychiatrie 9 programmes ambulatoires (Massachusetts, Etats-Unis) Seuls les résultats qui concernent l'hospitalisation sont présentés	En 2007 : 2 152 incidents déclarés dans le cadre d'un programme de soutien aux professionnels victimes d'agression En 2010 : 2 520 incidents déclarés dans le cadre d'un programme de soutien aux professionnels victimes d'agression	<u>La prévalence et l'incidence</u> En 2007 : 1 554 patients ayant été à l'origine d'au moins un incident En 2010 : 2 827 patients ayant été à l'origine d'au moins un incident <u>Lieux et moments</u> Période de l'année la plus concernée par des incidents : été (août) Jour de la semaine : mercredi Jours du mois : 11-20 du mois Heures de la journée : petit déjeuner (7-9h) et 10-11h du matin
Uppal et McMurrin, 2009 (6)	16 mois	Etablissement pour malades difficiles (Angleterre)	5 658 incidents de natures différentes (y compris autoagression, fugue...) 325 patients	<u>La prévalence et l'incidence</u> 5 658 incidents en 16 mois 0,89 incident par patient par mois 3 565 incidents de violence hétéroagressive <u>Les assaillants et les victimes</u> 95 % des patients à l'origine d'au moins 1 incident Unités hommes : 30 % des patients hommes à l'origine de plus de 10 incidents, soit 78 % des incidents Unités femmes : 65 % des patients femmes à l'origine de 10 incidents et plus, soit 92 % des incidents <u>Lieux et moments</u> Unités hommes : pic le matin 9-10h et 16-17h Unités femmes : pic le soir 18-19h Unité hommes : les incidents ont lieu le plus souvent dans la salle commune Unité femmes : les incidents ont lieu le plus souvent dans les chambres individuelles Niveau de gravité : Cat A : incidents majeurs (violences graves, viol, prise d'otages...) – 0,02 % Cat B : incidents sérieux (tentative de suicide, violence avec armes) – 1,01 %

Référence	Durée	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
				Cat C : incidents de gravité modérée : agression physique, automutilation – 60 % Cat D : incidents mineurs - 38,85 %
Carr <i>et al.</i> , 2008 (48)	12 mois	11 unités psychiatriques	5 546 admissions = 3 877 patients 3 242 admissions avec des données « patient » sur des incidents en hospitalisation Analyse de dossiers patient, transmissions infirmières et déclarations d'événements indésirables Prise en compte de tous les types d'agression	<u>Prévalence et incidence</u> En combinant l'ensemble des données : pour 21,4 % des admissions, il y a eu au moins un incident (incidents majeurs : 11,2 %, incidents mineurs : 15 %) Taux d'incidents déclarés par lit occupé par mois : 0,55 – taux d'incidents mineurs : 3,73

Tableau 2. Les autres enquêtes réalisées sur la base de données recueillies avec des outils d'enregistrement standardisés des incidents.

Référence	Durée	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats (NB : dans les études présentées l'ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude est concerné par l'enquête)	Types et gravité
Cheung <i>et al.</i> , 1996 (68)	2 mois	Staff Observation Aggression Scale (SOAS)	11 unités de réadaptation psychiatrique (Australie)	220 patients	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 806 incidents en 2 mois dont 358 agressions physiques 97,6 agressions physiques pour 100 patients par an 173 incidents formellement déclarés</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> Victimes professionnels : 61,4 % patients : 32,4 % Lieux et moments La majorité des incidents interviennent le matin Les incidents les plus graves ont lieu l'après-midi</p>	<p><u>Types de violence</u></p> <p>Moyen utilisé : 55,6 % violence verbale uniquement 44,4 % menace ou agression physique</p> <p><u>Niveau de gravité</u></p> <p>Mineur : 77,5 % Modéré : 21,2 % Sévère : 1,2 %</p> <p><u>Conséquences</u> Atteinte physique dans 2,9 % des cas Sentiment d'être menacé dans 35,2 % des cas Dommages matériels dans 5,3 % des cas</p>
Nijman <i>et al.</i> , 1997 (95)	6 mois	Staff Observation Aggression Scale (SOAS)	Unité d'admission fermée de 20 lits (Pays-Bas)	123 patients	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 164 incidents – environ 1 incident par jour Les assaillants et les victimes 31 patients sur 123 (25,2 %) ayant été à l'origine d'au moins 1 incident</p> <p><u>Lieux et moments</u> 21,3 % des incidents ont lieu dans la salle commune 19,5 % des incidents ont eu lieu près du poste de soin 14,6 % ont eu lieu dans une chambre fermée (dans 75 % des cas coups contre la porte) 25,6 % des incidents ont eu lieu entre midi et 3h de</p>	<p><u>Niveau de gravité</u></p> <p>Mineur : 74,4 % Modéré : 23,8 % Sévère : 1,8 %</p> <p><u>Conséquences</u> Pas de conséquences physiques dans 69,5 % des cas Dommages matériels dans</p>

Référence	Durée	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats (NB : dans les études présentées l'ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude est concerné par l'enquête)	Types et gravité
					l'après-midi 22,6 % des incidents ont eu lieu le lundi	19,5 % des cas Conséquences physiques dans 11 % des cas. 1 cas de prise en charge médicale.
Owen <i>et al.</i> , 1998 (57)	7 mois	<i>Violence and aggression checklist</i>	5 unités de soins psychiatriques dans deux établissements (Australie)	Ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude 855 patients 1 289 incidents	<u>La prévalence et l'incidence</u> 174 (13,50 %) patients à l'origine de 1 289 incidents <u>Les assaillants et les victimes</u> (plusieurs victimes possibles pour un même incident) 20 patients à l'origine de 67 % des incidents Violence contre les professionnels : 80 % Violence contre les objets : 17 % Violence contre les autres patients : 13 % <u>Lieux et moments</u> Matin : 33 % des incidents Milieu de journée : 21 % Soir : 36 % des incidents Après minuit : 10 % Seul ¼ des incidents font l'objet d'une déclaration et il n'existe pas de lien entre la déclaration et le niveau de gravité de l'incident	
Kho <i>et al.</i> , 1998 (96)	5 mois	<i>Modified Overt Aggression Scale (MOAS)</i>	6 unités de soins psychiatriques dans deux établissements (Londres, Angleterre)	360 patients Chaque patient évalué 1 fois par semaine 1 147 enregistrements	52 % des patients ont manifesté de l'agressivité sous une forme ou une autre 47 % des incidents relèvent de la violence verbale 26 % des incidents relèvent de la violence contre les objets 18 % des incidents relèvent de la violence physique à l'égard des personnes 9 % des incidents sont autoagressifs	
Barlow <i>et al.</i> , 2000 (97)	18 mois	<i>Aggressive/Assaultive incident report form</i> (NB : fiche	4 unités de soins psychiatriques couvrant une région	1 269 patients 2 536 hospitalisations	<u>La prévalence et l'incidence</u> 174 patients (13,7 %) à l'origine de 394 incidents 5,05 incidents par semaine	<u>Type de violence</u> Agression verbale : 22,8 % Agression physique d'une personne : 14,6 %

Référence	Durée	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats (NB : dans les études présentées l'ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude est concerné par l'enquête)	Types et gravité
		d'événements indésirables utilisée ici pour une étude prospective	64 lits (<i>Illawarra Area</i> , Australie)		<p><u>Les assaillants et les victimes</u> 70 patients à l'origine de 71 % des incidents</p> <p><u>Lieux et moments</u> Majorité des incidents pendant la journée Majorité des incidents dans les deux jours après l'admission</p>	Menaces verbales : 10,6 % Violence contre les objets : 11,4 % Agitation : 16,3 %
Grassi <i>et al.</i> , 2001 (73)	5 ans	<i>Staff Observation Aggression Scale</i> (SOAS)	Unité psychiatrique de 15 lits fermée (Emilie Romagne, Italie)	1 534 patients 329 incidents	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 116 patients à l'origine de 329 incidents Prévalence : 7,5 % - approx. 1 incident tous les 5 jours</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 7 patients à l'origine de 42 % des épisodes 77,8 % des épisodes impliquent une violence dirigée contre les personnes 44 % contre un professionnel 31 % contre un patient</p> <p><u>Lieux et moments</u> Majorité des incidents le matin Moitié des incidents dans la première semaine d'admission Lieu le plus fréquemment concerné : couloir</p>	
Chou <i>et al.</i> , 2002 (98)	7 mois	<i>Overt Aggression Scale</i> (OAS)	7 unités psychiatriques à Taiwan	855 incidents	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 287 patients à l'origine de 855 incidents Prévalence : entre 1,11 et 1,95 pour 1 000 jours d'hospitalisation</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> Les cibles de l'agression étaient : - des patients 55,2 % - des infirmiers 15,2 % - des aides-soignants 22,4 %</p> <p><u>Lieux et moments</u> Fréquence plus importante des incidents :</p>	<p><u>Type de violence</u> 55,3 % agression physique 24,1 % violence contre les objets 20,6 % menaces verbales</p> <p><u>Niveau de gravité</u> Mineur : 86,7 % Modéré : 13,1 %</p>

Référence	Durée	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats (NB : dans les études présentées l'ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude est concerné par l'enquête)	Types et gravité
					<ul style="list-style-type: none"> - entre midi et 14h - entre 17h et 19h - dans la chambre d'un patient - près du poste de soin - dans la salle à manger 	Sévère : 0,2 %
Mellesdal, 2003 (99)	3 ans	<i>Report Form for Aggressive Episodes (REFA)</i>	Une unité psychiatrique fermée (Norvège)	934 patients	<p><u>La prévalence et l'incidence</u></p> <p>10 % de patients à l'origine de 981 incidents violents 0,9 incidents par jour 6,3 incidents par semaine</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u></p> <p>Les cibles de l'agression étaient le personnel soignant = 957 autres patients = 24</p>	<p><u>Type de violence</u></p> <p>56 % agression physique 34 % menace verbale 10 % menace physique</p> <p><u>Conséquences</u></p> <p>106 atteintes physiques dont 100 « mineures » (pas de blessure, douleur de courte durée)</p>
Schuwey-Hayoz et Needham, 2006 (100)	6 mois	<i>Staff Observation Aggression Scale (SOAS) traduit en français</i>	Etablissement public de santé mentale 178 lits (Suisse)	815 admissions	<p><u>La prévalence et l'incidence</u></p> <p>110 incidents – 1,21 incident par lit par an</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u></p> <p>Les cibles de l'agression étaient le personnel soignant = 52 (45,6 %) objets = 31 (27,2 %) autres patients = 17 (14,9 %)</p> <p><u>Lieux et moments</u></p> <p>51,5 % des incidents sont survenus dans les chambres ou près des chambres 34,2 % des incidents ont eu lieu dans la salle de séjour et devant le bureau des infirmières 21,4 % près de la porte d'entrée de l'unité de soins Jour de la semaine : jour avec le taux le plus élevé d'incidents : mercredi Heures de la journée : pic d'incidents entre 8h et 10h et entre 16h et 20h</p>	<p><u>Type de violence</u></p> <p>Moyen utilisé : 20 % violence verbale uniquement 27 % objets 45 % menace ou agression physique</p> <p><u>Conséquences</u></p> <p>Sentiment d'avoir été menacé : 33 % Aucune conséquence : 29 % Dommages matériels : 14 % Douleurs physiques : 8 %</p>

Référence	Durée	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats (NB : dans les études présentées l'ensemble des patients pris en charge sur la période d'étude est concerné par l'enquête)	Types et gravité
Abderhalden <i>et al.</i> , 2007 (101)	3 mois par unité = 6 ans	<i>Staff Observation Aggression Scale-revised</i> (SOAS-R)	24 unités de soins psychiatriques de 12 établissements (Suisse allemande)	2 017 patients 2 344 hospitalisations	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 262 (13 %) patients à l'origine de 760 incidents 1 incident par semaine</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 38 patients (1,9 %) à l'origine de 51 % des incidents</p>	<p><u>Type de violence</u> 252 agressions physiques 357 cas de violence verbale</p> <p><u>Niveau de gravité</u> 57 incidents nécessitant des soins somatiques pour la victime</p>
Foster <i>et al.</i> , 2007 (80)	10 mois	<i>Staff Observation Aggression Scale-revised</i> (SOAS-R)	5 unités de soins psychiatriques d'un hôpital de l'Est de Londres (Angleterre)	254 incidents	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 254 incidents dont 31 autoagressifs 149 patients à l'origine de 254 incidents 0,8 incident par jour 1 agression physique tous les 2 jours 5,7 incidents par semaine en incluant la violence verbale</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> 49 patients à l'origine de 154 incidents Victime : Professionnels dans 145 cas Autre patient dans 48 cas</p> <p><u>Lieux et moments</u> Fréquence plus importante le matin 8.30-10.30, à l'heure du déjeuner et en fin de journée</p>	<p><u>Type de violence</u> 112 cas de violence verbale sur 254 incidents</p> <p><u>Niveau de gravité</u> Echelle 0 à 20 Score moyen : 10</p>
Amore <i>et al.</i> , 2008 (74)	12 mois	<i>Overt Aggression Scale</i> (OAS)	Unité d'admission fermée (Bologne, Italie)	303 patients	<p><u>La prévalence et l'incidence</u> 75 patients (24,8 %) à l'origine de 173 agressions physiques 37 patients (12,2 %) à l'origine d'agressions verbales ou contre les objets</p> <p><u>Les assaillants et les victimes</u> Sur les 173 agressions : dans 101 cas, la victime était un professionnel dans 66 cas, d'autres patients dans 6 cas, la famille</p>	

Tableau 3. Les autres enquêtes réalisées auprès des professionnels.

Référence	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
Wynn et Bratlid, 1998 (58)	Questionnaire <i>ad hoc</i> distribué lors d'un entretien aux professionnels sélectionnés	Un hôpital psychiatrique de 100 lits (Norvège)	400 professionnels Echantillon aléatoire de 85 professionnels dont 62 infirmiers	100 % des infirmiers 60,9 % des autres professionnels interrogés (médecins, psychologues et travailleurs sociaux) Physiquement agressés par un patient au moins une fois au cours de leur carrière
Nolan <i>et al.</i> , 1999 (102)	Questionnaire par voie postale 20 items Questionnaire validé dans une autre étude (<i>perceptions of prevalence of aggression scale</i>) Violence verbale prise en compte	5 groupes hospitaliers psychiatriques (<i>West Midlands</i> , Angleterre)	Psychiatres et infirmiers psychiatriques des groupes hospitaliers destinataires du questionnaire Répondants : 375 74 psychiatres (60 % de répondants) 301 infirmiers (dont 47 en extra-hospitalier) (45 % de répondants)	50 % des psychiatres ont été agressés au cours de l'année écoulée 75 % des infirmiers ont été agressés au cours de l'année écoulée dans 95 % des cas un patient était à l'origine de l'agression
Delaney <i>et al.</i> , 2001 (76)	Questionnaire par voie postale administré dans le cadre d'une enquête comportant aussi des <i>focus group</i> et des analyses de fiches d'événements indésirables	4 unités de psychiatrie en Australie	95 infirmiers sollicités 59 infirmiers répondants	88 % des infirmiers interrogés déclarent avoir été au moins une fois physiquement agressés par un patient pour 68 % de l'échantillon une agression a eu lieu dans les deux dernières années
Abderhalden <i>et al.</i> , 2002 (103)	<i>Perception of aggression scale</i> 32 items Questionnaire distribué par les membres d'une société savante infirmière	13 hôpitaux et 106 unités de soins psychiatriques en Suisse allemande	729 infirmiers – échantillon de convenance (réseau des experts de l'étude)	72,4 % se sont sentis menacés physiquement par des patients au cours de leur vie professionnelle 70 % ont été agressés physiquement par des patients 27,1 % estiment être agressés quotidiennement 43,9 % hebdomadairement 36,8 % moins d'une fois par mois

Référence	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
Calabro et Baraniuk, 2003 (104)	Questionnaire <i>Survey of factors related to inpatient violence</i> (SOFRIV)	1 hôpital public (Etats-Unis)	235 professionnels (infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers) Répondants : 158	Questions sur les violences subies au cours de l'année précédente : 43,7 % des répondants déclarent avoir subi au moins une agression physique de la part d'un patient hospitalisé, sans conséquence somatique, au cours de l'année précédente. 31 cas d'incidents ayant des conséquences physiques sérieuses ayant eu lieu au cours de l'année précédente ont été évoqués par les répondants
Hesketh <i>et al.</i> , 2003 (59)	Questionnaire par voie postale	Alberta et British Columbia (Canada)	Alberta : 12 332 infirmiers sollicités Répondants : 6 526 (52,8 %) British Columbia : échantillon de 5 479 infirmiers sollicités Répondants : 2 648 (48,3 %) = 9 174 infirmiers travaillant en établissement de santé	20,3 % des infirmiers psychiatriques déclarent avoir été agressés physiquement, 43 % menacés, 55 % agressés verbalement au cours de leur dernière semaine de travail (n = 276) dans 95 % des cas un patient était à l'origine de la violence
Gerberich <i>et al.</i> , 2004 (84)	Questionnaire par voie postale	Minnesota, Etats-Unis	Population : 79 000 infirmiers du Minnesota Echantillon aléatoire d'infirmiers : 6 300 Répondants : 4 918 dont 264 exerçant principalement en psychiatrie	Taux de 13,2 agressions physique pour 100 infirmiers par an Taux de 38,8 agressions verbales pour 100 infirmiers par an 90 % des agresseurs étaient des patients Le fait de travailler en psychiatrie augmente l'exposition à la violence verbale et physique (odds ratio : 2,1 et 2,8)
Nijman <i>et al.</i> , 2005 (66)	<i>Perceptions Of Prevalence of Agression Scale</i> (POPAS) questionnaire par voie postale - 15 items	4 établissements, 24 unités de l'est de Londres, Angleterre	395 questionnaires envoyés Répondants : 154	90 % des infirmiers disent avoir été au moins une fois agressés verbalement par un patient au cours de l'année écoulée 68 % avoir subi des insultes ou un harcèlement sexuel de la part de patients 76 % avoir subi une agression physique « mineure » et 16 % une violence grave
Bilgin et Buzlu, 2006 (105)	<i>Attitudes toward patient physical assault questionnaire</i>	6 établissements publics de santé mentale Une clinique	Echantillon aléatoire de 162 infirmiers	54,9 % disent avoir été agressés physiquement au moins 1 fois dans leur carrière 38,9 % disent avoir été agressés verbalement au moins une fois au cours de leur carrière

Référence	Outil	Lieux/structures	Population/échantillon	Résultats
	Remis par le chercheur	psychiatrique Istanbul (Turquie)		
Maguire et Ryan, 2007 (106)	Questionnaire <i>Scale of Agressive and Violent Experiences (SAVE)</i> Adaptation du <i>Perceptions Of Aggression Scale (POPAS)</i> par voie postale	Services intra- et extra-hospitaliers d'un établissement psychiatrique en zone rurale	280 questionnaires envoyés au personnel infirmier Répondants : 87 % 25 % travaillent en unités d'hospitalisation	80 % des infirmiers disent avoir été agressés verbalement par un patient au moins une fois dans le mois précédent 54 % disent avoir été menacés au moins une fois dans le mois précédent En unité d'hospitalisation : - 24 agressions verbales en moyenne par infirmier sur un mois - 5,5 agressions physiques en moyenne par infirmier sur un mois
Chen <i>et al.</i> , 2009 (107)	Questionnaire du Bureau international du travail/ <i>International Council of Nurses/Organisation mondiale de la santé</i> traduit en mandarin	Etablissement psychiatrique de Taïwan	231 professionnels 222 répondants (taux de réponse : 96 %)	Au cours de l'année précédant l'enquête : 113 agressions verbales (prévalence : 50,9 %) 78 agressions physiques (prévalence : 35,1 %) 35 cas de harcèlement – agressions ou insultes répétées- (prévalence 15,8 %) 21 cas de harcèlement sexuel (prévalence : 9,5 %) 10 agressions racistes (prévalence : 4,5 %)

4. Quels sont les facteurs expliquant la survenue des moments de violence en service d'hospitalisation psychiatrique ?

Le chapitre n°4 synthétise les données de la littérature éclairant les différents facteurs³¹ de survenue des incidents violents en service d'hospitalisation en psychiatrie.

La complexité du phénomène de violence en hospitalisation psychiatrique est soulignée dans les études, en particulier dans les revues de la littérature (43, 108) qui mettent en lumière le foisonnement de la réflexion à ce sujet.

La littérature fait apparaître différentes catégories d'explication des incidents violents : facteurs cliniques, facteurs environnementaux... La littérature met aussi en évidence un *continuum* entre des facteurs correspondant à des éléments structurels, stables, et des facteurs qui interviennent au plus près de la situation (par exemple, les signes cliniques précurseurs d'un moment de violence ou les circonstances de l'incident). Ces deux types de facteurs sont pris en compte dans l'analyse.

Le chapitre est organisé en trois parties :

- la première partie présente les données de la littérature en les organisant selon les trois grandes catégories de facteurs identifiées par Henk Nijman (109) :
 - ▶ les facteurs que Henk Nijman désigne comme « internes » c'est-à-dire liés aux caractéristiques des patients, à l'expression de leur pathologie... ;
 - ▶ les facteurs « externes » liés à l'environnement, aux cultures institutionnelles, aux organisations... ;
 - ▶ les explications mettant l'accent sur l'interaction entre les personnes (patients et professionnels, mais aussi entre patients) et la situation
- la deuxième partie présente trois cadres théoriques repérés dans la littérature étudiée et proposant d'articuler dans un modèle global les différentes catégories d'explication, ainsi que les facteurs structurels et dynamiques (15, 109, 110). Cette partie permet de présenter les efforts réalisés par les chercheurs pour proposer des modèles s'efforçant d'appréhender les incidents violents dans leurs multiples dimensions.
- La troisième partie présente les études sur les perceptions des facteurs de survenue d'incidents violents en hospitalisation psychiatrique par les acteurs eux-mêmes : patients et professionnels n'ont en effet pas toujours la même interprétation des événements et de leurs facteurs explicatifs. Un certain nombre d'études ont confronté leur point de vue, montrant que le débat sur la place des différents facteurs de la violence ne se déroule pas seulement dans la sphère savante, mais aussi entre les acteurs en prise directe avec les situations de violence dans les unités.

4.1 Facteurs « internes », « externes » et liés à l'interaction

▶ Les facteurs « internes » (liés aux caractéristiques des patients)

Un premier groupe d'études s'efforce de mettre en lumière la relation entre les actes de violence et certaines caractéristiques individuelles de l'auteur de ces actes.

Certaines caractéristiques cliniques, sociales, liées à la personnalité et à l'histoire d'un patient constituent des facteurs de risque de violence³².

³¹ Le terme « facteur » est entendu dans son sens commun, c'est-à-dire comme tout élément concourant à un phénomène.

³² Ces facteurs ne se confondent pas avec la prédiction de l'acte violent hétéro-agressif comme cela est rappelé dans l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique : « la présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne » (2).

Des synthèses en langue française de la littérature (91, 111, 112), notamment celle qui a été réalisée pour l'audition publique de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (2) ont fait le bilan des données scientifiques dans ce domaine.

Les synthèses en langue française ont ainsi mis en lumière un certain nombre de facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles mentaux graves. La synthèse établie dans le cadre de l'audition publique de la HAS (2) est rappelée en annexe de ce chapitre. Ces résultats concernent essentiellement la violence dans la communauté. Ces facteurs de risque de violence sont globalement retrouvés dans le contexte intra-hospitalier.

Cependant, il est considéré que le contexte de l'hospitalisation, qui place des patients traversant une phase aiguë de leur maladie dans un contexte de soins intensifs, tend à altérer ces facteurs, mais aussi les conditions de leur observation (113, 114). On est donc conduit à réexaminer ces facteurs de risque de violence dans le contexte spécifique des hospitalisations psychiatriques. L'analyse de la littérature sélectionnée montre que les résultats sur les facteurs de risque de violence dans la communauté demeurent globalement valides dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique, même si quelques nuances doivent être apportées. En particulier, la littérature suggère que les facteurs cliniques occupent le premier plan dans les moments de violence qui surviennent dans un contexte d'hospitalisation. Les facteurs sociodémographiques semblent au contraire s'effacer.

La mise en évidence des données spécifiques au contexte de l'hospitalisation psychiatrique est facilitée par la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) présentée dans le chapitre n° 3. Cette revue fait un bilan très complet des données disponibles sur la violence en hospitalisation.

La littérature sur les facteurs cliniques et sociodémographiques de la violence dans le contexte de l'hospitalisation en psychiatrie fait apparaître que :

- il est plus difficile de détecter l'existence de risques accrus de violence associés à certains diagnostics. La littérature suggère néanmoins un risque accru dans le cas des patients ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs, et au contraire un risque moindre chez les patients admis pour une dépression ;
- les troubles co-morbides, les troubles d'allure neuropsychologiques en particulier, mais aussi les troubles de la personnalité sont, comme dans la communauté, des facteurs de risque de violence en hospitalisation. Le facteur de risque que constitue l'abus ou la dépendance aux substances psychoactives ne semble pas avoir la même importance en hospitalisation que dans la société, même si les études montrent que la consommation de substances psychoactives, en particulier d'alcool, peut être à l'origine d'incidents violents en hospitalisation ;
- plus encore peut-être que dans la société, la sévérité et les formes des manifestations symptomatologiques sont des facteurs de premier plan dans l'explication des moments de violence des patients ;
- l'*insight*, comme cela est montré pour les patients hors contexte de l'hospitalisation, un rôle protecteur contre la violence, et les manifestations de violence sont souvent associées à un défaut d'*insight* ;
- les facteurs sociodémographiques de risque de violence, tels que l'âge, le genre et le niveau d'étude jouent un rôle moindre que dans le monde social ; en particulier, le genre masculin n'apparaît plus comme un facteur de risque de violence ;
- comme dans la société, les antécédents de violence sont fortement « prédictifs » des manifestations de violence à venir ;
- le type d'hospitalisation, en particulier l'hospitalisation sans consentement, apparaît comme un facteur de risque de violence.

→ Schizophrénie et troubles de l'humeur

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

La littérature internationale examinée dans le cadre de l'audition publique de 2011 (2) montre que :

- l'essentiel de la violence au sein de la société n'est pas le fait de malades souffrant de troubles psychiques ;
- les personnes ayant des troubles mentaux sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes de violence que la population générale ;
- la violence ne concerne pas la maladie mentale en général, mais peut être liée à certains moments de l'évolution de troubles graves, s'exprimant dans des conditions spécifiques.

Les études internationales montrent que certaines personnes ayant un trouble mental grave présentent un risque plus élevé de violence que la population générale. Cette augmentation du risque a été particulièrement mise en lumière dans le cas de diagnostic de schizophrénie et dans celui de troubles de l'humeur, en particulier de troubles bipolaires. Cette augmentation est cependant multifactorielle, les études pointant en particulier le rôle de la comorbidité d'abus de substances psychoactives et de troubles de la personnalité sous-jacents (2, 115).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Il est plus difficile de mettre en évidence les mêmes effets dans le contexte de services d'hospitalisation psychiatrique où, par hypothèse, aucune comparaison n'est possible avec une « population générale » rendant ainsi difficile la mise en lumière de facteurs liés à des pathologies psychiatriques particulières.

Une méta-analyse récente sur 13 études (43) permet de montrer que les données agrégées convergent vers la mise en évidence de la schizophrénie comme l'un des facteurs de comportements violents en hospitalisation psychiatrique :

- ainsi, cette méta-analyse réalisée dans le cadre de la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 13 études permettant une comparaison des diagnostics entre un groupe de patients hospitalisés ayant des moments de violence et un groupe de patients hospitalisés n'ayant pas de manifestations violentes. La méta-analyse fait apparaître un risque significativement accru de faire partie du groupe de patients présentant des moments de violence en cas de diagnostic de schizophrénie. Cependant, l'hétérogénéité statistique des résultats a conduit les auteurs de la revue à distinguer entre types de services : ainsi, le résultat demeure valide et l'hétérogénéité statistique disparaît dans le cas des services de psychiatrie générale, mais l'effet n'est plus significatif dans le cas des données issues d'unités sécurisées (2 études). La même analyse a concerné le diagnostic de troubles de l'humeur (11 études). Aucun effet n'est montré dans ce cas.

Si les revues de la littérature faisant état des résultats des études anciennes (26, 28, 44, 45) mentionnent des études mettant en évidence une relation entre diagnostic et violence en hospitalisation, les résultats des études individuelles sélectionnées dans le cadre de cette revue sont variables.

Ainsi, dans le cadre de la revue de la littérature présentée ici :

- quatre études (38, 77, 99, 116) ne mettent pas en évidence d'effets liés au diagnostic psychiatrique ;
- cinq études (73, 75, 97, 101, 117) montrent un lien entre le diagnostic de schizophrénie et des comportements violents en cours d'hospitalisation, une étude ne mettant en évidence cet effet que dans le cas des femmes (96) ;
- quatre études (48, 74, 96, 97) mettent en lumière une relation inverse entre le diagnostic de dépression et les comportements violents, les patients dépressifs hospitalisés semblant moins susceptibles de manifester de la violence que les autres patients hospitalisés ;
- quatre études (46, 48, 96, 117) montrent une association entre le diagnostic de trouble bipolaire et les comportements violents en cours d'hospitalisation.

→ La symptomatologie

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

L'audition publique de la HAS de 2011 pointe différents registres cliniques associés au risque de violence chez les personnes présentant une schizophrénie : certains symptômes psychotiques positifs³³ (symptômes paranoïdes, idées de persécution...), mais aussi certains symptômes négatifs³⁴ (émoussement affectif...) (2).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

La relation entre les moments de violence et l'intensité et le type des manifestations psychopathologiques des patients souffrant de troubles mentaux est particulièrement bien mise en évidence dans le contexte de l'hospitalisation. Ce dernier est l'occasion d'un suivi de l'évolution clinique des patients, permettant ainsi d'aborder de manière dynamique la question des relations complexes entre moments de violence et symptomatologie.

Les travaux de Menahem Krakowski *et al.* éclairent ces relations, notamment au travers d'une étude particulièrement illustrative et dont les principaux résultats sont confortés par plusieurs études et synthèses de la littérature identifiées dans le cadre de cette revue.

Cette étude (78) porte sur une population de patients de 18 à 55 ans hospitalisés dans 8 services de psychiatrie générale et présentant une schizophrénie ou des troubles schizo-affectifs.

L'étude compare :

- ▶ un groupe de 96 patients ayant eu au moins deux épisodes de violence physique hétéro-agressive au cours des premières semaines d'hospitalisation,
 - ▶ et un groupe de 81 patients « non-violents » présentant par ailleurs des caractéristiques comparables à celle du groupe de patients ayant eu des moments de violence.
- Une observation est conduite sur une période de 4 semaines. Une évaluation psychiatrique, neurologique et du comportement, un recueil de l'histoire personnelle et médicale, ainsi que des incidents violents survenus en cours d'hospitalisation sont réalisés au travers d'échelles standardisées validées.
 - Les résultats de l'étude font apparaître :
 - ▶ l'existence d'une association forte entre moments de violence et intensité des manifestations psychopathologiques. En début d'hospitalisation, le groupe de patients ayant des épisodes de violence présente des manifestations psychopathologiques dont la sévérité est significativement plus importante que celles des patients du groupe qualifié de « non-violent ». Les symptômes productifs d'hostilité, de suspicion et d'excitation sont plus marqués chez les patients ayant des moments de violence,
 - ▶ une distinction entre deux trajectoires symptomatologiques chez les patients schizophrènes présentant des moments de violence :
 - la première trajectoire caractérise l'évolution clinique d'un type de patients présentant des manifestations de violence en début d'hospitalisation associées à une symptomatologie psychotique floride. Les manifestations de violence tendent à disparaître avec la résorption des symptômes productifs en cours d'hospitalisation. On parle dans leur cas de « violence transitoire »,
 - la seconde trajectoire est celle d'un groupe de patients dont les épisodes de violence persistent dans le temps, et dont les manifestations psychopathologiques diminuent peu avec le temps et le traitement, contrairement aux autres patients. Ces patients présentent des signes d'anomalies d'allure neurologique plus marqués et une présence de symptômes négatifs plus importante que chez les autres patients. La section suivante abordera ce lien entre troubles d'allure neuropsychologique et violence.

³³ distorsion ou excès des fonctions normales.

³⁴ perte ou diminution des fonctions normales.

L'association, dans le contexte d'hospitalisations en unités de psychiatrie, entre violence et majoration de la symptomatologie, est mise en évidence dans d'autres études de la revue (27, 74, 75, 117, 118) qui s'inscrivent dans une lignée longue d'études sur ce sujet³⁵.

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 71 études explorant les circonstances déclenchantes des manifestations de violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie. 20 études (28 %) mettent en évidence un lien direct entre les symptômes du patient et l'épisode violent.

On notera que la mise en lumière de ce lien nécessite une analyse clinique fine et que ces conditions méthodologiques sont difficiles à réunir.

L'étude de Karen Nolan *et al.* (27), fondée sur l'observation de 70 cas d'agressions en unité psychiatrique et des entretiens, permet de cerner au travers d'une analyse factorielle, la place des symptômes dans le déclenchement des épisodes de violence en hospitalisation. Ainsi, aux côtés des 20 % d'incidents directement liés aux symptômes psychotiques positifs (hallucinations), elle identifie aussi des moments de violence liés à la confusion et à la désorganisation de la pensée, caractéristiques des symptômes négatifs de la schizophrénie, ainsi que des agressions liées à un faible contrôle de l'impulsivité ou à des traits de personnalité psychopatique.

→ Les troubles neuropsychologiques

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

La littérature examinée pour l'audition publique de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (2) suggère que les dysfonctionnements frontaux, notamment dans les psychoses déficitaires et les déficits cognitifs en général, majorent le risque de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux. Ce constat peut être rattaché aux résultats de recherches mobilisant la neuro-imagerie et suggérant fortement l'existence d'une relation entre la diminution du contrôle de l'agressivité et les atteintes des fonctions frontales.

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Le lien entre les moments de violence et les signes neurologiques et/ou neuropsychologiques indicatifs d'anomalies cérébrales structurales est aussi bien établi dans les études conduites dans des unités d'hospitalisation psychiatrique.

Une étude de Menahem Krakowski et Pal Czobor (119) est illustrative des résultats des recherches dans ce domaine. L'étude s'est déroulée dans une unité pour malades difficiles de 15 lits. 38 patients admis consécutivement ont été évalués sur une période de 7 mois. L'évaluation a porté sur la symptomatologie psychiatrique, le comportement en institution, ainsi que sur les éventuelles atteintes neurologiques : anomalies cérébelleuses, corticales et des nerfs crâniens, signes neurologiques mineurs.

Comme dans l'étude précédente, l'étude permet de distinguer deux types de patients, sur la base d'une analyse factorielle prenant en compte l'évolution à 1 semaine, puis à 3 semaines et à la fin du séjour dans l'unité :

- un type de patients manifestant une violence transitoire associée à une recrudescence de symptômes psychotiques, en particulier des symptômes de type paranoïde qui décroissent au fil du temps,
- un type de patients ayant de manière persistante des moments de violence et présentant des troubles d'allure neuropsychologique. L'étude suggère ainsi que la violence persistante chez les patients accueillis en hospitalisation psychiatrique est associée à la présence de déficits et anomalies neurologiques. Elle met en évidence en revanche une relation inverse entre la violence persistante et la présence de symptômes de type paranoïde en début d'hospitalisation.

D'autres études conduites en hospitalisation suggèrent l'existence d'un lien entre violence et troubles d'allure neuropsychologique (25, 46, 48, 74, 93). Ces troubles d'allure neuropsychologique sont souvent retrouvés chez des patients psychotiques déficitaires supportant mal la proximité institutionnelle avec les autres personnes, appelant une réponse d'aménagement institutionnel dans la gestion de la journée.

³⁵ Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr Psychiatry* 1986;27(2):131-48.

→ Comorbidités psychiatriques

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

La littérature internationale examinée dans le cadre de l'audition publique de 2011 met en évidence un risque de violence fortement accru en fonction du nombre de comorbidités retrouvées chez les personnes ayant des troubles mentaux. Il s'agit en particulier de l'abus ou de la dépendance à des substances psycho-actives et du trouble de la personnalité de type antisocial (2).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Abus de substances ou dépendance aux substances psycho-actives

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 6 études comparant les patients agressifs et non-agressifs du point de vue de leurs antécédents d'abus ou de dépendance aux substances psycho-actives.

Les résultats de ces 6 études sont partagés, et ne permettent pas de conclure clairement au sujet de la question du lien entre abus de substance et violence en hospitalisation. Cependant, la méta-analyse permet d'opérer une distinction entre les données sur le facteur de risque constitué par la dépendance à des drogues illicites et les données sur celui que représente la dépendance à l'alcool. Les résultats de la méta-analyse montrent ainsi une association entre des antécédents de consommation de drogues illicites et les manifestations de violence en hospitalisation psychiatrique.

On notera que si le risque de violence chez les personnes ayant des antécédents de dépendance à l'alcool paraît moindre dans le contexte d'une hospitalisation en psychiatrie que dans la société, la consommation d'alcool en cours d'hospitalisation semble jouer un rôle important dans le déclenchement des incidents violents. Une étude de Len Bowers *et al.*, portant sur les incidents violents intervenus sur une période de 6 mois dans 136 unités psychiatriques en Angleterre, met en évidence une association forte entre les agressions en hospitalisation et la consommation d'alcool (120).

Parmi les autres études identifiées dans le cadre de la bibliographie, quatre études identifient une association entre abus de substance et violence en hospitalisation (47, 74, 96, 97). Deux études ne montrent pas d'effet significatif lié à une histoire d'abus ou de dépendance à des substances psycho-actives (118, 119). Une étude suggère, qu'au sein d'une unité d'hospitalisation, une proportion importante de personnes dont le motif d'admission est le traitement de la dépendance ou de l'abus de substance, a un effet protecteur contre la violence, pointant ainsi la nécessité d'analyser de manière fine les « facteurs de risque » (57).

Troubles et traits de personnalité

Les études examinées rejoignent les constats de l'audition publique de 2011. Trois études (46-48) identifient le diagnostic comorbide de troubles de la personnalité comme un facteur de risque de violence en hospitalisation.

Par ailleurs, certains traits de personnalité semblent associés à un risque accru de violence en hospitalisation, comme cela est le cas dans la société. Une étude de Michael Doyle et Mairead Dolan tend à confirmer l'expérience des cliniciens sur ce point. Cette étude a été conduite dans trois unités sécurisées en Grande-Bretagne sur un échantillon de 100 patients pendant 3 mois. Elle montre, au travers d'une analyse fondée sur plusieurs échelles de mesure standardisées, un lien entre la violence en hospitalisation et un faible contrôle de l'impulsivité, ainsi qu'une tendance à installer des relations interpersonnelles marquées par la colère, l'hostilité et la recherche de domination (116). Comme y invite l'audition publique de 2011, les personnalités antisociales et les aménagements psychopathiques sont donc particulièrement à prendre en compte dans le cadre de l'hospitalisation en psychiatrie.

→ L'insight

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

L'audition publique de la HAS de 2011 souligne le facteur de protection contre les manifestations agressives joué par l'*insight*, défini comme la capacité à se reconnaître malade et à accepter des soins appropriés. Le déni des troubles est à prendre en compte dans l'évaluation des risques de violence (2).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Une étude de Celso Arango *et al.* (118) permet de pointer ce lien entre faiblesse de l'*insight* et violence dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique.

Cette étude porte sur un échantillon de 63 patients admis consécutivement dans une unité de soins psychiatriques aigus sur une période de 4 mois et présentant une schizophrénie ou des troubles schizo-affectifs. Les symptômes psychiatriques des patients de l'échantillon ont été évalués au moyen d'une échelle standardisée 24h après l'admission et 24h avant la sortie. Des examens neurologiques ont été conduits, ainsi qu'un recueil de données sociodémographiques. Les incidents violents survenus en cours d'hospitalisation ont été tracés.

Durant la période d'enquête 26 agressions physiques ont eu lieu impliquant 16 patients parmi les 63 patients de l'échantillon. L'absence ou la faiblesse de l'*insight*, et plus particulièrement par rapport aux symptômes psychotiques positifs (hallucinations, idées délirantes), apparaît, avec les antécédents de violence, comme l'un des deux principaux facteurs de risque de violence en hospitalisation.

→ Facteurs socio-démographiques

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

L'audition publique de la HAS a montré que les facteurs socio-démographiques de risque de violence en population générale et dans la population constituée par les personnes ayant des troubles mentaux étaient identiques : le jeune âge (moins de 40 ans, l'effet étant plus important en dessous de 30 ans), le genre masculin, la faiblesse du statut socio-économique et du niveau d'étude constituent ainsi des facteurs de risque de violence hétéro-agressive (2).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Selon les études disponibles, les facteurs sociodémographiques jouent un rôle moindre dans l'explication des moments de violence des patients lors des hospitalisations psychiatriques. Les facteurs cliniques semblent prendre le pas sur les facteurs sociodémographiques.

L'âge

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 26 études comparant l'âge des patients à l'origine d'agressions et celui des autres patients hospitalisés en psychiatrie.

La moitié d'entre elles ne détectent pas d'association entre la violence et l'âge des patients. L'autre moitié des études mettent en évidence un âge significativement inférieur des patients agressifs par rapport aux patients non agressifs. Ce dernier résultat est conforté par la méta-analyse réalisée sur les données de 18 études et qui montre un lien entre violence et âge inférieur à l'âge moyen des patients hospitalisés.

Parmi les autres études identifiées dans le cadre de la bibliographie, trois études n'identifient pas d'association entre l'âge et les manifestations de violence en hospitalisation (46, 101, 116) tandis que quatre études mettent en évidence une association entre jeune âge des patients et manifestations de violence en hospitalisation (48, 95-97).

Le genre

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 22 études comparant les patients à l'origine d'agressions et les autres patients hospitalisés en psychiatrie en fonction de leur genre.

Si 21 études ne montrent pas de différences significatives selon le genre, la méta-analyse met en évidence un risque un peu accru de violence chez les hommes.

Parmi les études individuelles identifiées, huit études n'identifient pas d'association entre le genre et les manifestations de violence en hospitalisation (46, 48, 70, 77, 95, 97, 101, 116) et trois études mettent en évidence une fréquence significativement plus importante des manifestations de violence chez les hommes ou une association entre le taux de patients homme et le taux d'incidents (56, 68, 74). D'autres études encore mettent en évidence une fréquence de la violence plus élevée chez les femmes que chez les hommes en hospitalisation psychiatrique (6, 71).

L'effet du genre paraît presque s'effacer alors même qu'il est au premier plan lorsque sont examinés les facteurs sociodémographiques de la violence dans la société. Les auteurs des études concernées s'interrogent sur les raisons de ce phénomène, sans qu'elles soient entièrement éclaircies. Une étude de Menahem Krakowski et de Pal Czobor a permis d'approfondir la compréhension du phénomène (121) : cette étude qui s'est déroulée sur une période de 4 ans concerne un échantillon de 222 patients (67 femmes et 155 hommes) souffrant de schizophrénie, de troubles schizo-affectifs ou de troubles bipolaires et dont l'hospitalisation a été marquée par un ou des épisodes de violence physique ou verbale. Chaque patient est évalué de manière systématique au cours d'une période d'observation de 4 semaines (histoire clinique, symptômes, comportements) à partir d'un premier moment de violence. L'analyse statistique réalisée à partir des données recueillies fait apparaître :

- une violence féminine plus étroitement liée à la symptomatologie psychiatrique. S'il existe une association entre des symptômes psychiatriques et les épisodes de violence chez tous les sujets, la récurrence des symptômes paraît avoir un impact plus important sur les manifestations violentes chez les femmes que chez les hommes,
- une violence des hommes moins sensible à l'acuité des symptômes et plus étroitement associée à l'abus de substance et à des comportements antisociaux hors du contexte de l'hospitalisation (délinquance...).

L'évolution des comportements violents tend aussi à être influencée par le genre : la décréue des manifestations violentes associée à la résorption des symptômes est plus rapide et plus importante chez les femmes.

Niveau d'étude

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 7 études comparant le niveau d'éducation (en nombre d'années d'étude) des patients à l'origine d'agressions et celui des autres patients hospitalisés en psychiatrie.

6 études ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes du point de vue du niveau d'étude et aucun effet n'est montré par la méta-analyse conduite sur 4 études.

→ Les antécédents de violence

L'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

L'audition publique de 2011 de la HAS souligne que les antécédents de violence constituent le meilleur « prédicteur » d'une future violence en population générale comme dans la population constituée par les personnes ayant des troubles mentaux (2).

Les études menées dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique

Les résultats de l'ensemble des études concernées tendent à mettre en évidence le lien entre les antécédents de violence et les manifestations de violence en hospitalisation.

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie 6 études comparant les patients ayant des moments de violence en hospitalisation et les patients « non-agressifs » du point de vue de leurs antécédents de violence. Toutes mettent en lumière que les antécédents de violence sont significativement plus fréquents parmi les patients du groupe « agressif » que dans le groupe des patients « non-agressifs ». La méta-analyse réalisée à partir de 5 de ces études confirme ce résultat.

Les résultats des autres études identifiées sont concordantes (47, 57, 73, 75, 97, 122), certaines pointant **les antécédents de violence comme le principal risque de violence** (74, 118).

→ Hospitalisation sans consentement

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) montre, sur la base d'une méta-analyse portant sur 8 études que, comme on peut s'y attendre, il y a significativement plus de patients hospitalisés sans leur consentement parmi les patients ayant des moments de violence en unité d'hospitalisation.

Ce constat est renforcé par la grande majorité des études individuelles analysées (47, 48, 57, 66, 77, 95, 97, 101, 120) à l'exception d'une étude qui ne met pas en évidence ce lien (73).

Dans un petit nombre d'études, d'autres caractéristiques liées au type et au nombre d'hospitalisation, notamment le nombre d'hospitalisations antérieures et la durée de séjour sont associées à la violence en hospitalisation (43).

→ Les signes précurseurs des moments de violence

Dans le prolongement de la section sur la symptomatologie et la violence, seront présentées ici les données issues de la littérature sur les signes cliniques précurseurs des moments de violence en hospitalisation psychiatrique. Il ne s'agit pas ici très strictement des « causes » de la violence, mais du faisceau de circonstances conduisant à la violence. L'état clinique du patient et son évolution quelques jours ou heures avant l'incident en font partie.

Les études et les synthèses de la littérature (26, 43) sélectionnées dans le cadre de cette revue montrent que les épisodes de violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie sont dans la majorité des cas précédés par des symptômes, comportements ou états émotionnels qui sont autant de signes d'appel dans les heures et les jours précédant l'épisode³⁶.

Une étude de Cathy Owen *et al.* (57), conduite au sein de 5 unités psychiatriques et portant sur 1 289 incidents violents, fait apparaître que plus de la moitié des incidents avaient été précédés de signes précurseurs repérés par les soignants. La proportion est similaire dans l'étude de validation de la grille ATTACKS (37) analysant 40 incidents dont 60 % étaient précédés de signes cliniques enregistrés par l'équipe soignante.

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) identifie :

- 19 études traitant des signes précurseurs comportementaux. Le signe précurseur le plus souvent mentionné est l'agitation.
 - ▶ Par exemple, une étude de Georgia Powell *et al.*, portant sur les incidents déclarés sur une période de 13 mois, montre que, sur 931 incidents, le « précurseur » repéré le plus fréquemment (31 %) est l'agitation (93).
- 8 études mettant en lumière les signaux relatifs à l'état émotionnel du patient (anxiété, irritabilité...).

D'autres études (123, 124) montrent que les incidents violents tendent à être précédés d'une grande diversité de signaux, qui très souvent se manifestent conjointement.

- ▶ Par exemple, Olav M. Linaker et Håkon Busch-Iversen ont réalisé une étude comportant le suivi systématisé du comportement et de l'état clinique de 92 patients hospitalisés ayant eu des moments de violence (123). Parmi eux, 32 patients ont été à l'origine de 48 incidents. Olav M. Linaker et Håkon Busch-Iversen mettent en évidence une fréquence accrue de certains comportements 24h avant le déclenchement de l'incident, en particulier : confusion, irritabilité, agitation, menaces et violence contre les objets. Par ailleurs, plus de 50 % des incidents étaient précédés de plusieurs signes.

Les travaux de Frans Fluttert *et al.* sur une méthode de reconnaissance des signes précurseurs des épisodes violents chez les personnes ayant des troubles mentaux, le *Early Recognition Model* (ERM)³⁷ (125-127) fournissent des indications intéressantes sur l'éventail des signes précurseurs, en intégrant le point de vue des patients eux-mêmes.

Ces travaux ont donné lieu à l'établissement d'une liste de 45 signes précurseurs regroupés en 15 catégories, le *Forensic Early Signs of Aggression Inventory* (FESAI). Cette liste a été testée auprès de 171 patients en établissement pour malades difficiles qui ont accepté d'établir avec l'équipe de soins un plan de détection précoce du risque de violence.

Les 10 catégories de signes précurseurs les plus fréquemment repérés par les patients en collaboration avec l'équipe soignante sont :

³⁶ La dynamique qui conduit de ces signaux « faibles » à l'incident violent est complexe. Les aspects organisationnels et interactionnels seront examinés plus loin, les aspects cliniques et épidémiologiques étant privilégiés ici.

³⁷ Cette méthode est présentée dans le chapitre 5.

1. Agitation et manifestation de colère
2. Isolement, repli sur soi
3. Changement des activités quotidiennes (ex : rythme jour-nuit)
4. Comportement antisocial
5. Changement de comportement par rapport au traitement médicamenteux ou aux substances psycho-actives (consommation d'alcool)
6. Augmentation de l'anxiété et/ou abattement
7. Idées ou perceptions irrationnelles
8. Diminution de la capacité à prendre soin de soi
9. Changements spécifiques de comportement (changement dans la façon de parler, dans les comportements alimentaires...)
10. Désinhibition et impulsivité grandissantes.

► Les facteurs de la violence dits « externes » : les caractéristiques des professionnels, l'environnement physique et les organisations

La prise de conscience de l'existence de variations importantes du nombre et de la sévérité des incidents violents d'un service à l'autre, même lorsque les patients accueillis présentent des pathologies et des caractéristiques similaires, a conduit au développement d'études cherchant à identifier les facteurs qui pourraient expliquer cette variation.

Parmi ces facteurs, on trouve des facteurs environnementaux, c'est-à-dire les caractéristiques du milieu dans lequel les patients sont accueillis : l'organisation, le cadre physique, les caractéristiques des professionnels de l'équipe de soins... La littérature qui traite de cette question est abondante et hétérogène au plan des questions de recherche, des bases théoriques et des méthodes. Au niveau international, l'apport du champ de la recherche en soins infirmiers (*nursing studies*) est notable. En France, les réflexions sur le rôle de l'institution dans le soin ainsi que de « l'ambiance », inscrites dans une tradition intellectuelle ancienne, enrichissent la compréhension de ces facteurs environnementaux qui expliquent, en association avec les facteurs cliniques, les moments de violence des patients en hospitalisation psychiatrique (128). Si la littérature ne permet pas aujourd'hui d'identifier avec certitude ces facteurs environnementaux, elle suggère fortement que certaines caractéristiques de l'organisation favorisent les manifestations de violence chez les patients.

Certains facteurs organisationnels et environnementaux tendent au contraire à prévenir la violence en hospitalisation :

- une politique de service et d'établissement favorisant dans la mesure du possible la liberté de circulation et les droits des patients ;
- un aménagement intérieur adapté, donnant notamment la possibilité aux patients d'avoir un espace privé ;
- une équipe stable, bénéficiant des compétences de professionnels *seniors* et d'un bon niveau de bien-être au travail ;
- une culture et un fonctionnement de service mettant l'accent sur l'implication de l'encadrement, la présence médicale, les projets de soins individualisés, l'organisation d'échanges au sein de l'équipe pour l'évaluation des patients et l'analyse des pratiques.

Les données de la littérature sur ces différents points sont examinées.

→ La politique du service et de l'établissement en matière de liberté de circulation et de droits des patients

Plusieurs études suggèrent que les politiques institutionnelles et de service, tendant à imposer des restrictions de liberté à l'ensemble des patients, auraient pour effet de favoriser le déclenchement d'incidents violents en hospitalisation psychiatrique. Ce lien est difficile à établir de manière indiscutable au plan statistique, et la signification des associations qui se font jour au décours des études quantitatives est discutée par les auteurs des études. Comme cela sera vu plus loin, les résultats des études portant sur les interactions entre soignants et patients, ainsi que les études sur le vécu et la perception des patients hospitalisés tendent cependant à étayer ce constat.

Une revue des études publiées entre 1983 et 2008, sur les facteurs de la violence en hospitalisation psychiatrique par Vanya Hamrin *et al.* (129), identifient 12 études qui explorent l'influence des limitations de liberté, telles que la fermeture des services, l'usage de l'isolement et de la contention et d'une manière générale, d'une culture mettant l'accent sur le contrôle des comportements dans la violence en hospitalisation psychiatrique.

Les études individuelles qui ont abordé ces aspects ont adopté des approches diversifiées de la question, conduisant à un certain nombre de constats qui seront repris et développés dans d'autres sections (section sur l'interaction entre patients et soignants et la section sur la perception des patients).

- a) La fermeture des unités et plus largement les politiques institutionnelles restrictives au plan des libertés entretiennent des liens complexes avec le phénomène de violence. Ils pourraient être l'un des facteurs favorisant la violence (93, 96, 120).
- L'étude de Len Bowers *et al.* (120), menée dans 136 unités psychiatriques de 26 groupements hospitaliers du *National Health Service* (NHS) pendant 2 ans, comporte un recueil sur les incidents violents les données cliniques et sociodémographiques relatives aux patients, les attitudes des professionnels, la culture organisationnelle et le climat des services, la qualité de l'environnement physique, le bien-être au travail et les pratiques de restriction de liberté. L'ensemble de ces facteurs est analysé dans le cadre d'un modèle statistique dans la perspective d'aboutir à une vision globale des facteurs de la violence en hospitalisation. En plus des facteurs « patient » déjà étudiés (antécédents de violence) émergent certains facteurs organisationnels :
 - ▶ le nombre et le degré des restrictions imposées aux patients (accès aux effets personnels, administrations forcées de médicament...) qui apparaissent comme positivement associés aux violences verbales et à celles contre les objets de la part des patients ;
 - ▶ la fermeture des unités, complète ou intermittente, qui est associée positivement à l'ensemble des comportements agressifs des patients (physiques, verbaux, contre les objets) ; les auteurs de l'étude notent que la fermeture des services paraît liée à une politique d'établissement et non aux caractéristiques de la population de patients accueillis. Cet effet lié à la fermeture des services est aussi mis en évidence dans d'autres études (93, 96).
 - ▶ l'usage de l'isolement, qui est associé aux agressions physiques comme on peut s'y attendre, mais aussi de manière significative aux violences verbales. Cette association n'apparaît pas dans le cas des contentions.

Les auteurs indiquent qu'on peut s'interroger sur la direction de la relation entre ces variables dans le cadre de leur étude qui ne permet pas d'établir un lien de causalité. Cependant, dans la discussion, les auteurs mettent en relation les résultats obtenus et ceux d'autres études qui tendent à conforter leurs hypothèses sur les relations entre les phénomènes étudiés, et éclairent leur signification.

- b) Les mesures de restriction de liberté sont à l'origine d'une proportion significative de situations de violence.
- Une grande majorité d'études identifient le refus opposé à une demande du patient, le rappel de limites ou une restriction imposée au patient comme des circonstances déclenchantes d'incident (43). Au-delà de ce constat global, plusieurs études individuelles, dont les données ont été recueillies au travers d'instruments d'enregistrement standardisés, comportent des éléments renseignés par les membres de l'équipe sur les circonstances de l'incident. Ces données permettent d'affiner l'information en montrant que, parmi ces situations de refus ou de restriction, certaines ont plus particulièrement trait au régime des libertés dans l'établissement ou dans le service (69, 70, 93, 97, 99, 124, 130).

- ▶ Par exemple, dans une étude de Karen Barlow *et al.*, réalisée sur une période de 18 mois dans 4 unités d'hospitalisation, l'environnement fermé (*confined environment*) est noté comme le principal facteur déclenchant pour 6,2 % des incidents (sur 394 incidents) et comme un facteur contributif dans 17,8 % des cas (97).
- c) Certaines cultures de services, certaines postures professionnelles mettant l'accent sur le contrôle, ainsi qu'une approche punitive de la gestion de la vie collective favoriseraient la violence en unités d'hospitalisation (131-133). Ces points seront repris et discutés dans d'autres sections³⁸.

→ L'architecture et l'aménagement intérieur

Si la question de l'influence de l'architecture et de l'aménagement intérieur sur la violence en hospitalisation psychiatrique est évoquée dans la littérature de langue française (135, 136) et anglaise (137-139), elle n'a pas été systématiquement étudiée par les chercheurs.

Deux types de résultats éclairent cependant la question du lien entre les conditions physiques d'accueil des patients et la violence :

- d) les données suggérant un lien avec le *turn-over*, le nombre des admissions, ainsi que la densité des patients accueillis dans l'unité et la violence. Aucune étude à haut niveau de preuve n'a été identifiée. Cependant les études (56, 57, 73, 96, 120, 140) et la revue de la littérature de Vanya Hamrin *et al.* (129) indiquent qu'un espace densément occupé, au sein duquel des admissions fréquentes provoquent des turbulences, favorise le déclenchement d'incidents violents. Cela est cohérent avec la clinique des psychoses, en particulier des psychoses déficitaires, caractérisée par une sensibilité particulière à l'intrusion dans l'espace personnel³⁹.
 - ▶ L'étude de Len Bowers *et al.* de 2007 (56), portant sur les événements indésirables déclarés au cours d'une période de 30 mois dans les 14 unités psychiatriques d'un groupe hospitalier londonien, met en lumière une association entre le nombre de nouveaux patients admis, en particulier les hommes, et l'augmentation des agressions physiques dans les jours qui suivent.
- e) Les résultats sur le lien entre certaines caractéristiques de l'environnement physique des unités et les pratiques d'isolement, résultats qui sont une indication indirecte de l'influence de cet environnement sur le déclenchement d'incidents violents.
 - ▶ Une étude récente de grande ampleur de Petra van der Schaaf *et al.* (141) apparie les données de deux enquêtes ; une enquête sur les caractéristiques architecturales de 199 unités psychiatriques fermées et une enquête sur les pratiques d'isolement dans ces unités au cours d'une année qui a donné lieu à 23 868 admissions. L'analyse statistique (analyse en composantes principales, non linéaire et régression logistique) met en évidence que des caractéristiques telles que :
 - le niveau de visibilité des espaces au sein de l'unité ;
 - le niveau de confort ;
 - la surface d'espace entièrement privé dont peuvent bénéficier les patients

sont associées à un recours moindre à l'isolement.

Même si l'étude ne concerne pas directement les épisodes de violence, elle suggère que certains aménagements de l'espace, en particulier la possibilité pour les patients de bénéficier d'un espace privé, limitent les risques d'incidents violents pouvant donner lieu à des mesures de restriction de liberté.

³⁸ L'absence de clarté des règles de vie collective et de cohérence dans leur application apparaissent aussi comme des facteurs de violence. Le *corpus* d'études sur la question des règles de fonctionnement des unités, étudié dans une revue de la littérature (134), semble indiquer la nécessité de trouver un équilibre entre la flexibilité des règles et la cohérence de leur application.

³⁹ Deus V, Jokić-Begić N. Personal space in schizophrenic patients. *Psychiatr Danub* 2006;18(3-4):150-158.

→ Les facteurs liés aux caractéristiques des professionnels des unités d'hospitalisation

Plusieurs études ont abordé le lien entre la violence des patients et les caractéristiques des professionnels qui les prennent en charge au sein des unités d'hospitalisation psychiatrique : caractéristiques sociodémographiques, niveau d'expérience, compétences et attitudes.

Âge, genre

Le lien entre l'exposition à la violence et certaines caractéristiques démographiques comme l'âge et le genre des professionnels a été exploré sans que les revues de la littérature existantes (129, 142) ne dégagent de résultats clairs. Une étude australienne de Michael Daffern *et al.*, réalisée sur une période de 6 mois dans 5 unités de soins, portant spécifiquement sur le lien entre violence et ratio homme/femme parmi les soignants, ne montre aucun lien entre la fréquence des incidents et le ratio de professionnels de sexe masculin présents dans les unités (143). Quelques études suggèrent que les hommes sont plus fréquemment victimes (104, 144).

Expérience professionnelle

Si les professionnels les plus jeunes paraissent plus fréquemment exposés à la violence des patients en unité d'hospitalisation (129), l'effet a sans doute moins trait à une caractéristique démographique qu'à cette caractéristique professionnelle que constitue le niveau d'expérience. Le niveau d'expérience professionnelle apparaît en effet, comme un facteur de protection par rapport à la violence des patients en psychiatrie, comme cela est souligné dans les résultats de deux revues de la littérature sur les facteurs de violence en institution (129, 142). Ces résultats suggèrent notamment, que les professionnels les plus expérimentés développent au fil des années des compétences de prévention et de désamorçage face à des situations impliquant des patients présentant un risque de violence.

Plusieurs études individuelles montrent ainsi l'existence d'une relation inverse entre le niveau d'expérience et de formation et la fréquence des agressions de la part de patients (57, 61, 98, 102, 106).

- Cette relation inverse entre niveau d'expérience et exposition à la violence des patients et de leur famille est mise en lumière dans l'étude NEXT, conduite auprès de 39 898 soignants vivant en Europe, dont 5 376 en France (61).
- L'étude de Cathy Owen *et al.* de 1998, portant sur un échantillon de 1 289 événements recueillis sur une période de 7 mois au sein de 8 unités psychiatriques, apporte une précision supplémentaire en mettant en évidence une fréquence significativement accrue des incidents dans les unités dont le taux de personnel n'ayant pas de formation spécifique en psychiatrie est plus élevé que les autres (57).

Compétences et attitudes

Les données présentées dans cette section et les éléments présentés dans la section sur le rôle des interactions sont complémentaires. Il est en effet difficile de séparer la question de l'influence des compétences et attitudes⁴⁰ des professionnels dans la survenue des incidents violents en hospitalisation, de celle du rôle joué par les interactions avec les patients.

Quatre études (145-148) abordent avec des méthodes diverses la question de l'influence des compétences et des attitudes des professionnels sur la survenue des incidents violents en hospitalisation.

L'étude HOVIS (*the Hertfordshire/Oxfordshire Violent Incident Study*) (146) permet d'appréhender la perception que les professionnels ont eux-mêmes des compétences favorisant la prévention de manifestations de violence chez les patients. Cette enquête par entretien a été menée auprès de 108 infirmiers de psychiatrie de 2 groupes hospitaliers anglais. Les résultats montrent que les professionnels identifient eux-mêmes un éventail de compétences et de qualités qui doivent se combiner pour une meilleure prévention de la violence et qui, lorsqu'elles font défaut, peuvent favoriser la survenue des incidents :

⁴⁰ La notion de « compétence » est entendue ici comme la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (savoirs, savoir-faire, savoir-être) en situation (Matillon, Y. Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles médicales. Rapport de mission. Paris: La Documentation française; 2006. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000226.pdf>) et la notion d'« attitude » est entendu comme une orientation des conduites ou des jugements. Les attitudes sont souvent explicatives des comportements, mais ne se confondent pas avec eux. Elles sont un objet d'étude en psychologie sociale. Les attitudes sont souvent considérées comme participant de la compétence (dimension de savoir-être).

- des compétences cliniques : connaissances, savoir-faire, mais aussi compétence de travail en équipe, notamment pour organiser les interventions de désamorçage ;
- des compétences relationnelles/interpersonnelles : la reconnaissance des signaux précurseurs de violence, la capacité à construire une relation de confiance avec le patient et à s'adresser à lui en cas de montée des tensions... ;
- des qualités personnelles : la confiance en soi, la capacité à garder son calme...

Le lien entre attitudes des soignants et violence en hospitalisation psychiatrique a été analysé à partir d'un protocole différent en 1998 dans une étude de Christopher L. Ray et Linda Subich (145).

Cette étude porte sur un échantillon de 78 professionnels en établissement psychiatrique. Elle explore au travers d'une analyse multivariée les liens entre :

- les données sur les incidents liés à la violence des patients dont les professionnels de l'enquête ont été victimes au cours de l'année précédant l'étude et au cours de leur carrière (accidents du travail liés à des agressions de patients et agressions sans atteinte physique déclarées) ;
- les résultats et scores des professionnels de l'étude à 3 échelles d'attitudes validées :
 - une échelle mesurant les attitudes vis-à-vis de l'autorité ;
 - une échelle évaluant le « locus de contrôle », interne ou externe, du répondant. Le « locus de contrôle » est une notion de psychologie sociale établie dans les années 50 par Julian Rotter⁴¹ et qui désigne la tendance, relativement stable, différente selon les individus, à attribuer des causes internes, c'est-à-dire liées à soi (son travail, son comportement...) ou bien externes (liées à l'environnement, à la chance...) aux événements de la vie ;
 - une échelle mesurant l'anxiété, proposée par Charles Spielberger⁴² dans les années 80, et permettant de distinguer les *traits* d'anxiété, c'est-à-dire une propension relativement stable aux réactions anxieuses chez un individu, de l'*état* d'anxiété, transitoire et lié à un stress.
- l'analyse, qui prend en compte d'autres facteurs, tels que l'âge et les années d'expérience, met en évidence une association positive entre certaines mesures des incidents subis et :
 - des scores élevés à l'échelle mesurant les traits d'anxiété,
 - la tendance à adopter un « locus de contrôle » externe.

En revanche, les résultats ne sont pas concluants pour ce qui concerne le lien entre la violence et les attitudes autoritaires chez les professionnels, avec des résultats contradictoires selon le type d'analyse réalisée.

Les auteurs rapprochent ces résultats de ceux d'autres études suggérant que la tendance chez les soignants à projeter de la peur et de l'anxiété, et la faible capacité à identifier sa propre contribution dans une situation « d'escalade », ont un lien avec la tournure violente que peuvent prendre certaines interactions avec les patients.

→ Les caractéristiques de l'équipe et de son fonctionnement

Absentéisme, recours à du personnel temporaire

Plusieurs études mettent en lumière une association entre les incidents violents et l'absentéisme dans les équipes, et/ou le recours à du personnel temporaire (56, 57). La stabilité des équipes et les conditions de celle-ci semble ainsi être un facteur protecteur contre la violence au sein des unités d'hospitalisation psychiatrique.

Le niveau des effectifs

Quelques études suggèrent un effet favorable d'un ratio de personnel élevé, et d'un risque accru de violence dans les unités ne bénéficiant pas d'une présence soignante suffisante (98, 131). Cependant, plusieurs études font état de résultats paradoxaux sur l'effet du ratio personnel/patients. Certaines études font apparaître, en effet, une relation positive entre un ratio élevé de personnel et la fréquence des incidents violents (57, 120). La revue de la littérature de AK Shah *et al.* (44) relève aussi ce paradoxe.

⁴¹ Rotter JB. Social learning and clinical psychology. New York: Prentice Hall; 1954.

⁴² Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI: manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.

L'interprétation de ces résultats est difficile, Len Bowers *et al.* (120) mettant en avant plusieurs hypothèses :

- un biais important dans les études dont la collecte de données est réalisée par les professionnels des unités enquêtées : le nombre d'enregistrements ou de déclarations dépend ainsi en partie de l'effectif de l'unité, et du temps disponible pour ce recueil. L'effet « ratio » serait lié à une sous-déclaration des incidents violents : baisse du nombre de déclarants, du temps consacré à la déclaration et des violences repérées ; les incidents entre patients de l'unité pourraient notamment être méconnus, faute de professionnels pour les repérer ;
- la possible direction inverse de l'association : Len Bowers *et al.* font état de l'hypothèse que les unités ayant des taux importants d'agressions se verraient allouer des effectifs plus importants, notamment dans le contexte de groupes hospitaliers (120). Les enquêtes transversales (*cross-sectional*) ne permettent pas de donner avec certitude la direction des associations mises en lumière. Seule la confrontation avec d'autres résultats de recherche peut orienter l'interprétation. Rien, à ce stade, ne permet d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse ;
- des effets « adverses » possibles des interactions entre patients et professionnels : comme cela sera évoqué dans la section consacrée aux interactions, les chercheurs et les professionnels ont mis en lumière l'existence de situations de « stimulation adverse » lors des interactions entre patients et professionnels au sein d'une unité ; l'augmentation du nombre de professionnels accroîtrait le risque de survenue de ce type d'interactions. Len Bowers *et al.* (120) estiment que si cette dernière hypothèse était confirmée, elle plaiderait pour un renforcement des stratégies de formation et d'amélioration des pratiques, orientées notamment sur les techniques de désamorçage, ainsi que la clinique des psychoses...

Le fonctionnement de l'équipe

Plusieurs études de la revue abordent directement ou indirectement la question du lien entre les incidents violents en unité d'hospitalisation et le travail en équipe, la culture, l'organisation, et l'histoire des équipes. Trois études abordent cette question de manière globale en s'efforçant de prendre en compte différentes dimensions de la vie des équipes (61, 149, 150).

Ces études montrent les liens complexes qui lient les incidents violents en services de psychiatrie et la qualité du fonctionnement des équipes. Cette qualité paraît déterminée par un ensemble d'éléments en interaction : les valeurs communes, la manière dont s'exerce le *leadership* dans l'équipe, les modalités de fonctionnement dans un cadre pluriprofessionnel, la culture du service⁴³, les processus mis en place, notamment en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, les moyens et l'environnement physique... Cet ensemble influe sur la survenue des incidents violents dans une mesure et au travers de mécanismes qui sont encore mal connus à ce jour.

Deux articles de synthèse (132, 134) permettent de mettre en perspective certains résultats. Il existe en particulier un débat implicite au sujet de l'équilibre à trouver entre la cohérence de la mise en œuvre d'un cadre de fonctionnement et la flexibilité dans l'application des règles de vie collective.

Étude de Katz et Kirkland, 1990 – étude qualitative sur les « barrières » contre la violence en hospitalisation psychiatrique : l'implication du leadership, la structuration du fonctionnement, les espaces de discussion, l'approche « centrée patient » et la valorisation des professionnels.

L'article *Violence and social structure on mental hospital wards*, de Pearl Katz et Faris Kirkland restitue les résultats d'une étude qualitative d'observation menée par des anthropologues pendant 38 mois dans 6 services de psychiatrie aux Etats-Unis (services des « Veterans' Health Affairs ») (149). Ils tentent de comprendre les raisons des variations importantes qui existent entre services au regard du nombre et de la sévérité des incidents violents, alors même que leur dotation en personnel est équivalente et qu'ils prennent en charge une population de patients similaire.

⁴³ La notion de culture est entendue comme l'ensemble des traits distinctifs qui caractérisent un groupe social, en particulier l'ensemble des normes et des valeurs communes. Certains auteurs ont adapté la notion aux services hospitaliers (132).

Ils établissent ainsi deux « profils » de service, celui des services « violents » (marqués par un nombre important d'incidents violents enregistrés par les chercheurs lors de la période d'observation) et celui des services « non violents » (c'est-à-dire ayant eu peu d'incidents violents au cours de l'observation).

Ces deux « profils » sont présentés dans le tableau ci-après.

Les services « violents »	Les services « non-violents »
<ul style="list-style-type: none"> • Chef de service et médecins peu présents, manifestations d'autoritarisme • Peu d'activités structurées et programmées • Pas ou peu de responsabilités et procédures définies • Les infirmiers très souvent regroupés dans le poste de soin, gestion des urgences et peu d'interaction avec les patients • Dossier du patient « minimal » (exigences réglementaires seulement) • Usage punitif de l'isolement • Absence d'écoute des patients : violence comme moyen d'attirer l'attention • Pas ou peu de <i>reporting</i> des incidents et pas de « staff » sur les incidents • Atmosphère de peur et de défiance, insatisfaction des personnels, conflits 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Leadership</i> : chef de service présent, accessible et apportant soutien/valorisation • Prévisibilité : des activités structurées et programmées : réunion patients-soignants, réunions de service, de synthèse, thérapies... • Responsabilités et procédures définies • Développement professionnel encouragé • Projets de soin pour les patients • « Staff » systématique en cas d'incident • Travail d'équipe, satisfaction au travail, atmosphère de confiance

Dans leurs conclusions, les auteurs insistent sur l'importance du cadre de fonctionnement d'équipe qui doit être posé et porté par le *leadership* du service (les auteurs identifient le psychiatre chef de service, mais l'encadrement en général peut être concerné), garant de la qualité des soins comme de la qualité de vie au travail des professionnels. Ce cadre ne vise pas à contrôler et contraindre les pratiques, mais à fournir un appui au travail thérapeutique :

« Les procédures que les psychiatres et leurs équipes avaient établies apparaissent au premier abord comme rigides. Au contraire, en mettant en place des manières de faire dans des situations particulièrement déstabilisantes, telles les situations de violence, elles autorisaient l'autonomie psychologique et comportementale (...) Ces procédures libéraient les professionnels et les patients du besoin d'évaluer et de former des décisions et des jugements sur des questions de routine (...). Les patients et les professionnels étaient libres d'utiliser leur énergie et leur jugement pour travailler ensemble à développer un « milieu thérapeutique » où les symptômes des patients seraient acceptés et au sein duquel ils pourraient développer leurs compétences personnelles et sociales » (149).

Les travaux de Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel ont mis en lumière comment le travail infirmier psychiatrique, au quotidien, articule la structuration, c'est-à-dire la stabilisation du cadre de vie des patients, la sécurisation et le soutien thérapeutique (151).

La revue de la littérature sur les règles de fonctionnement des services d'hospitalisation psychiatrique, réalisée par Jane Alexander et Len Bowers en 2004 (134), montre que la littérature sur ce sujet de 1967 à 2003 peut être appréhendée comme une discussion autour de la rigidité et de la flexibilité du cadre de fonctionnement des services. Certaines études mettent en lumière la nécessité d'une clarification des règles et d'une cohérence de leur application, l'absence de cohérence et l'arbitraire étant des « déclencheurs » d'incidents violents. D'autres études mettent l'accent sur la tendance des institutions psychiatriques à nier l'autonomie des patients hospitalisés, à les enserrer dans des règles trop nombreuses qui, appliquées de manière rigide, favorisent les manifestations de violence (131, 152) ; une plus grande

flexibilité des règles serait nécessaire. Cette discussion est reprise dans une autre synthèse qui met l'accent sur le point de vue des patients (132). En effet, les patients hospitalisés, interrogés dans le cadre d'enquêtes qualitatives, identifient tout à la fois l'imprécision, l'arbitraire dans l'application des règles et le sentiment de perte de contrôle, d'indignité que peut provoquer l'imposition rigide de certaines règles, parmi les facteurs de déclenchement de la violence (153). De même, les auteurs, tout en faisant apparaître de possibles tensions, n'opposent pas les deux approches, mais proposent d'en opérer la synthèse :

« on ne peut apporter de réponse définitive à la question de savoir si un cadre rigide ou souple est nécessaire pour mettre en place un environnement thérapeutique dans une unité d'hospitalisation. Il semble cependant que les patients peuvent vivre les règles positivement si elles sont appuyées sur une préoccupation explicite pour leur bien-être, alors qu'elles favorisent la survenue d'incidents lorsqu'elles sont appliquées avec insensibilité et dans un esprit punitif. Nombre de ces études soulignent la nécessité de réguler les réponses de l'institution aux comportements agressifs des patients, afin d'éviter l'usage inapproprié de restrictions, de règles et de sanctions » (132).

Étude d'Estryn-Béhar et al., 2007 - Conditions de travail, travail d'équipe et violence des patients en services d'hospitalisation

L'étude présentée par Madeleine Estryn-Béhar et l'équipe de NEXT dans un article « Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins » (61) a pour objectifs de :

- décrire l'ampleur de la violence subie par les soignants en exercice dans les établissements de santé, ainsi que ses facteurs de risque dans 7 pays européens,
- tester, sur cet échantillon multinational, l'influence du travail multidisciplinaire, de la construction de collectifs de travail et d'une bonne communication sur la prévention des épisodes violents.

L'étude utilise des données issues de la vaste enquête européenne NEXT, réalisée en 2002 et 2003 (62, 63) par questionnaire, recueilli auprès de 39 898 soignants en établissements de santé vivant en Europe (cadres, infirmiers, aides-soignants), et portant sur la santé et la satisfaction au travail. L'échantillon de l'étude spécifique sur la violence dans les soins est composé des réponses de 27 134 soignants de 7 pays européens (61).

L'analyse de ces données permet de mettre en lumière :

- la fréquence des épisodes violents subis par les soignants. 24,8 % des soignants ont déclaré être l'objet de violence de la part des patients ou des familles. Cette proportion s'élève à 58,9 % chez les soignants de psychiatrie en France ;
- la prépondérance des facteurs relatifs à l'insuffisance du travail en équipe dans la déclaration d'exposition à des événements violents :
 - l'insatisfaction du temps de chevauchement pour les transmissions ;
 - le sentiment d'incertitude sur les traitements ;
 - la perception d'ordres contradictoires ;
 - la mauvaise ambiance de travail, le manque de soutien psychologique (allant jusqu'à la sensation d'être harcelé par ses supérieurs) ;
 - la perturbation induite par des interruptions fréquentes.

Dans leurs conclusions, les auteurs soulignent le rôle que le travail d'équipe multidisciplinaire et le renforcement des collectifs peuvent jouer dans la prévention des épisodes violents.

Étude de Papadopoulos et al., 2012 : l'histoire d'une équipe et la violence

Une étude *Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards* (150), fondée à la fois sur des méthodes qualitatives et quantitatives, menée au cours d'une période de 2 ans au sein de 16 unités psychiatriques à Londres, permet de suivre l'histoire de ces services et d'objectiver l'influence des événements marquants de ces histoires sur la fréquence des incidents violents.

Les chercheurs ont pu mettre en lumière des liens entre des changements intervenus au sein de l'équipe et l'évolution de la fréquence des incidents violents. Ainsi, l'introduction de démarches soignantes innovantes, l'amélioration de l'environnement physique, le recrutement d'un chef de service ou d'un cadre dont le *leadership* est perçu positivement, sont associés à une décroissance significative des incidents sur une

période de 6 mois. A l'inverse, une augmentation du stress de l'équipe lié à un événement tel que le suicide d'un patient, une augmentation de la charge de travail ou du *turn-over* sont associés à une augmentation significative des incidents violents.

► Les facteurs liés aux interactions entre personnes

Les manifestations de violence interviennent dans une situation, c'est-à-dire un contexte concret dans lequel les différents facteurs évoqués plus haut vont se cristalliser, le plus souvent sous la forme d'une interaction entre deux ou plusieurs personnes. Ces interactions ont leur dynamique propre ; l'interaction peut évoluer dans un sens ou dans un autre, vers la violence ou l'apaisement, selon la façon dont les acteurs se positionnent.

L'analyse de la littérature sur le rôle des interactions dans les situations de violence en hospitalisation psychiatrique montre :

- l'existence de mécanismes psychologiques normaux qui tendent à alimenter les situations de confrontation à partir d'une tension initiale, mécanismes mis en lumière par certaines réflexions théoriques ;
- le rôle important, méconnu, des interactions entre patients parmi les facteurs déclenchants de la violence en hospitalisation psychiatrique ;
- le rôle des interactions entre professionnels et patients dans le déclenchement des incidents violents, la littérature identifiant des postures professionnelles « thérapeutiques », favorisant l'apaisement des tensions et des postures professionnelles « non-thérapeutiques » agissant comme des « stimulations adverses ».

→ Des descriptions théoriques de la dynamique de l'interaction violente

Deux ouvrages, appuyés sur des traditions intellectuelles différentes, proposent une description théorique des phénomènes qui interviennent lors d'une interaction conflictuelle, et qui expliquent la tendance des acteurs en présence à se mettre en position de confrontation et à creuser le conflit. L'« escalade » étant la pente « normale » d'une interaction conflictuelle, l'enjeu pour les professionnels est l'apprentissage des techniques visant à se décentrer par rapport à la situation pour la désamorcer.

La première description théorique est proposée par Richard Whittington et Dirk Richter (108, 154) qui se fondent sur des travaux de sociologie et de psychologie cognitive.

Une interaction est vue comme un système complexe d'anticipations et d'ajustements réciproques de deux acteurs, toujours incertains des intentions de l'autre⁴⁴. L'un des acteurs peut exercer délibérément ou involontairement, avec l'intention de nuire ou non, voire avec une intention bienveillante, une « stimulation adverse »⁴⁵, qui fait basculer l'interaction dans un « système de conflit ». La situation place chacun des protagonistes dans un état psychologique caractérisé par une forme de déficit cognitif et de rigidification psychologique : il n'attend plus de l'autre qu'une agression, ne cherche plus qu'à se défendre et ne réagit plus qu'en fonction de la réaction de l'autre⁴⁶. Au fur et à mesure que se déploient les séquences de « l'escalade », les options qui s'offraient aux acteurs au début de l'interaction (s'excuser, céder, trouver des solutions) se ferment et la violence apparaît comme la seule issue possible.

La deuxième description théorique est proposée par Laurent Morasz dans son ouvrage « Comprendre la violence en psychiatrie » (15). Les caractéristiques des situations et des états psychologiques décrits sont très proches de celles de Richard Whittington et Dirk Richter, même si Laurent Morasz s'appuie, lui, sur des notions issues de l'approche psychodynamique, appliquées à l'analyse de 120 cas cliniques.

Il constate que :

⁴⁴ Les auteurs se réfèrent à la théorie de la « double contingence » de Talcott Parsons et de Niklas Luhmann.

⁴⁵ Tout événement provoquant des affects négatifs. Berkowitz L. Aggression. Its causes, consequences, and control. New York: McGraw-Hill; 1993.

⁴⁶ Zillmann D. Cognition-excitation interdependences in aggressive behavior. *Aggress Behav* 1988;14(1):51-64.

« Les interactions violentes ont tendance à plonger les différents individus qui y sont plongés dans un même vécu indifférencié, reposant sur une tendance à l'excitation pulsionnelle, au recours à l'agir, au gel de toute souplesse psychique et à la perte de distanciation » (15).

Il existe une forme de « contagion » de la violence, celle-ci ayant tendance à susciter des réactions spéculaires (en miroir) chez la personne agressée ou qui se sent agressée et à activer des mécanismes archaïques et puissants qui visent essentiellement à la défense.

Laurent Morasz (15) distingue plusieurs mécanismes que partagent dans une mesure variable les différents protagonistes d'une interaction violente et qui construisent la situation de violence :

- les réactions de condensation et de nucléarisation : c'est le mouvement de convergence de toute la vie psychique sur un seul point, celui du conflit, et autour d'un face-à-face.
L'écrasement des fonctions de transitionnalité⁴⁷ : la violence met en cause la zone d'échanges, de pensée et de créativité ouverte par le soin ;
- un rapport au temps perturbé : « l'immédiateté est la règle », « le présent est surinvesti », la capacité d'attente des sujets paraît suspendue ;
- la tendance à répondre sur le même registre à l'acte agressif : la « dynamique agressive réciproque » incite à poser un acte « spéculaire » en réponse à un acte agressif.

Aux *actings* des patients peuvent ainsi répondre des *actings out* des professionnels, dont les limites psychiques, physiques, sociales ont été attaquées, et qui ont été « rattrapés » par la dynamique de la situation violente. Cette dynamique peut expliquer le caractère inapproprié au plan thérapeutique de certaines réponses à l'agressivité des patients.

→ Le rôle des interactions entre patients hospitalisés dans l'unité dans le déclenchement des incidents violents

Des revues de la littérature récentes ont pointé le rôle important joué par les conflits entre patients dans le déclenchement des incidents (43, 129). Parmi les 71 études identifiées par la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* qui traitent de la question des facteurs déclenchants des incidents violents en hospitalisation, près de la moitié (34 études) mentionnent les interactions entre patients parmi les circonstances déclenchantes des incidents.

Plusieurs études individuelles mentionnent ce thème (29, 38, 69, 73, 93, 98, 99, 124, 155, 156).

Le phénomène a longtemps été mal qualifié et pris en compte, puisque les situations concernées peuvent se dérouler hors de la vue des professionnels. Certaines études fondées sur l'observation mettent en lumière ces situations. Par exemple, l'étude de Martha L. Crowner *et al.* (13) réalisée au cours d'une période de deux ans s'est fondée sur l'observation d'une pièce commune d'une unité fermée. 155 agressions entre patients impliquant 59 patients ont été observées et analysées. 60 % des agressions étaient précédées par un comportement menaçant ou une intrusion dans l'espace personnel quelques secondes avant l'agression physique. Ces comportements pouvaient être le fait de la victime ou de l'assaillant, mais ils se retrouvent plus fréquemment chez la victime.

La littérature met aussi en lumière des phénomènes de propagation de la violence au sein des collectifs des unités d'hospitalisation. Par exemple, l'étude de Len Bowers *et al.*, fondée sur l'analyse des incidents violents de différentes natures (fugue, violences, autoagressions...) survenus dans 14 unités psychiatriques sur une période de 30 mois, met en évidence que les incidents de différents types sont statistiquement associés, leur fréquence évoluant de manière conjointe. Les unités semblent vivre certaines périodes marquées par une « épidémie » d'incidents de toute nature (56). Laurent Morasz note l'existence de ces phénomènes de « contagion » et en propose une lecture psychodynamique (15).

→ Les interactions entre patients et professionnels

Parmi les 71 études qui traitent des circonstances déclenchantes des épisodes de violence en hospitalisation, la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) montre que plus de la moitié (37 études) identifient le refus opposé à une demande du patient par un profession-

⁴⁷ La transitionnalité désigne une fonction ou une aire psychique qui se met en place dans la petite enfance et permet au sujet d'accéder à une aire d'expérience intermédiaire entre l'expérience subjective interne et le monde extérieur et d'entrer en relation avec celui-ci par le jeu, l'élaboration intellectuelle, la symbolisation...

nel, un rappel de limite, ou une restriction imposée par un professionnel comme l'élément déclencheur de la violence⁴⁸.

Plusieurs études individuelles quantitatives mentionnent ce thème (11, 29, 38, 68, 69, 73, 93, 98, 99, 124, 155).

Plusieurs études françaises (51, 151, 157) ont montré que ces rappels au « cadre » avaient une place particulière dans le métier d'infirmier en psychiatrie et devaient être considérés comme des « zones d'exercice à risque » (151).

La revue de la littérature sur les facteurs de la violence en hospitalisation psychiatrique, réalisée par Vanya Hamrin *et al.* en 2009 (129), identifie une littérature qualitative riche, montrant que certaines attitudes des professionnels, leurs compétences dans la communication et le style de relation mises en place avec les patients, jouent un rôle important dans l'escalade ou le désamorçage de la violence. Les facteurs sont souvent collectifs (culture institutionnelle...), même s'ils s'organisent et se cristallisent dans une interaction individuelle.

Les études qualitatives, issues notamment du champ de la recherche en soins infirmiers, permettent d'approfondir les mécanismes par lesquels des interactions entre patients et soignants peuvent « escalader » en confrontation porteuse de risque de violence (133, 144, 158-161).

- L'étude de Jenny Secker⁴⁹ *et al.* (144) propose l'analyse de 15 récits d'incidents violents, recueillis dans les 72h après l'incident, auprès de 11 professionnels d'une unité d'admission psychiatrique dans un hôpital de Londres. Au moins 8 des 11 incidents apparaissent comme le résultat d'un rapport de force entre un patient et une équipe soignante qui semble ne pas rechercher une réponse soucieuse du bien-être du patient.
- Deux études de Richard Whittington et Til Wykes⁵⁰ (158, 159) s'attachent à mettre en lumière le rôle des « stimulations adverses » dans le déclenchement des violences en hospitalisation psychiatrique. L'une des études (159) vise à identifier les circonstances et facteurs déclenchants de 63 incidents violents survenus dans 13 unités d'hospitalisation psychiatrique. L'étude s'appuie sur l'analyse d'entretiens menés auprès de 39 professionnels impliqués dans ces incidents ainsi que de 23 professionnels témoins. Dans 16 cas d'incidents, le patient impliqué a aussi été interrogé. Les résultats montrent que dans la plupart des cas (86 %), les agressions étaient précédées d'au moins une « stimulation adverse » de la part du professionnel : contact physique ou rapprochement physique (60 %), restriction/interdiction (51 %), demande adressée au patient (38 %). Dans seulement 3 % des cas, cette « stimulation adverse » a pris la forme d'un commentaire négatif ou d'une menace adressés au patient. Des différences apparaissent selon le diagnostic : les patients présentant une schizophrénie sont significativement plus nombreux à avoir des moments de violence en l'absence de « stimulation adverse » ; parmi les patients réagissant avec violence à une demande d'un professionnel, les patients atteints de troubles bipolaires sont surreprésentés. Les auteurs soulignent l'intérêt d'une approche multidimensionnelle des incidents violents. Ainsi, une « stimulation » peut devenir « adverse » si elle intervient dans le contexte d'une psychopathologie impliquant une distorsion des perceptions qui favorise une interprétation négative, parfois non justifiée, de certains comportements. Le rôle du contact physique dans le déclenchement de la violence est mis en lumière dans une autre étude des mêmes auteurs, fondée sur un protocole d'observation (158).
- Deborah Finfgeld-Connett⁵¹ a proposé en 2009 une synthèse de la littérature qualitative sur les modes d'intervention infirmière dans la gestion de la violence des patients en psychiatrie (133). Elle identifie 15 études appuyées sur un recueil de données qualitatives et abordant la question de la prévention et de la gestion de la violence par les infirmiers en psychiatrie. L'analyse de ce *corpus* l'amène à dégager deux types de postures professionnelles, l'une thérapeutique qui permet généralement l'apaisement des situations de tensions, l'autre non-thérapeutique qui favorise l'émergence de la violence. Ces postures sont tout autant individuelles que collectives.

⁴⁸ On notera que ces études admettent implicitement que le rôle des infirmiers en hospitalisation comporte une « fonction de régulation » (Monceau) (51) et ne statuent pas sur la question de la justification et de la légitimité de la restriction ou de la demande.

⁴⁹ Jenny Secker a été infirmière en psychiatrie et travailleur social. Elle est professeure au *Mental Health Anglia Polytechnic University* dans l'Essex en Grande-Bretagne.

⁵⁰ Richard Whittington est professeur de psychologie à l'*Institute of Psychology Health and Society* de l'Université de Liverpool ; Til Wykes est professeur de psychologie de réhabilitation au *King's College* à Londres.

⁵¹ Deborah Finfgeld-Connett est infirmière et professeure à la *Sinclair School of Nursing* (Missouri, Etats-Unis).

La posture « thérapeutique » est caractérisée par :

- ▶ une implication authentique ;
- ▶ une compréhension de la situation et une recherche de solutions adaptées aux besoins du patient ;
- ▶ le maintien de la dignité du patient, de la réciprocité entre personnes ;
- ▶ un équilibre entre la flexibilité et les limites à poser ;
- ▶ le travail d'équipe.

La posture « non-thérapeutique » est caractérisée par :

- ▶ une application rigide des règles et une valorisation des capacités de maîtrise (physique) du comportement des patients,
- ▶ un désengagement du soignant qui répond en général à un désengagement du management et de l'institution.

Dans ses conclusions, Deborah Finfgeld-Connett souligne l'intérêt de disposer de recommandations professionnelles qui mettraient l'accent sur les caractéristiques d'une posture professionnelle « thérapeutique », la compréhension des facteurs de la violence en hospitalisation psychiatrique, la mise en place d'engagements réciproques entre patients et soignants et de démarches centrées sur le patient, la révision des règles de fonctionnement des unités pour une plus grande équité, la mobilisation et l'implication des professionnels.

- Cette dichotomie semble être présente aussi au niveau individuel, au cœur même de l'expérience subjective des soignants. C'est ce que montre une étude de Gunilla Carlsson *et al.* analysant les contributions écrites de 12 infirmiers et aides-soignants au sujet d'interactions violentes avec des patients. L'expérience « positive » de ces interactions est caractérisée par la « présence », le maintien de la capacité d'écoute du patient, un dialogue intérieur permettant de maîtriser la peur ; l'expérience « négative » est, elle, caractérisée par une peur envahissante, une tendance à y réagir en exerçant une contrainte sur le patient et une difficulté à comprendre son point de vue (161).

4.2 Deux modèles intégrant les différents facteurs de la violence

Des cadres théoriques permettant d'intégrer l'ensemble des facteurs de la violence en hospitalisation psychiatrique ont été proposés dans la littérature étudiée. Deux modèles conçus par trois spécialistes de la violence en psychiatrie ont été identifiés. Les auteurs ont choisi de les présenter sous forme de schémas, afin de permettre une appréhension simultanée des différentes dimensions du phénomène. Ces schémas sont présentés dans cette section et commentés succinctement.

► Le modèle proposé par Henk Nijman, 2002 (109)



Nijman © 2002

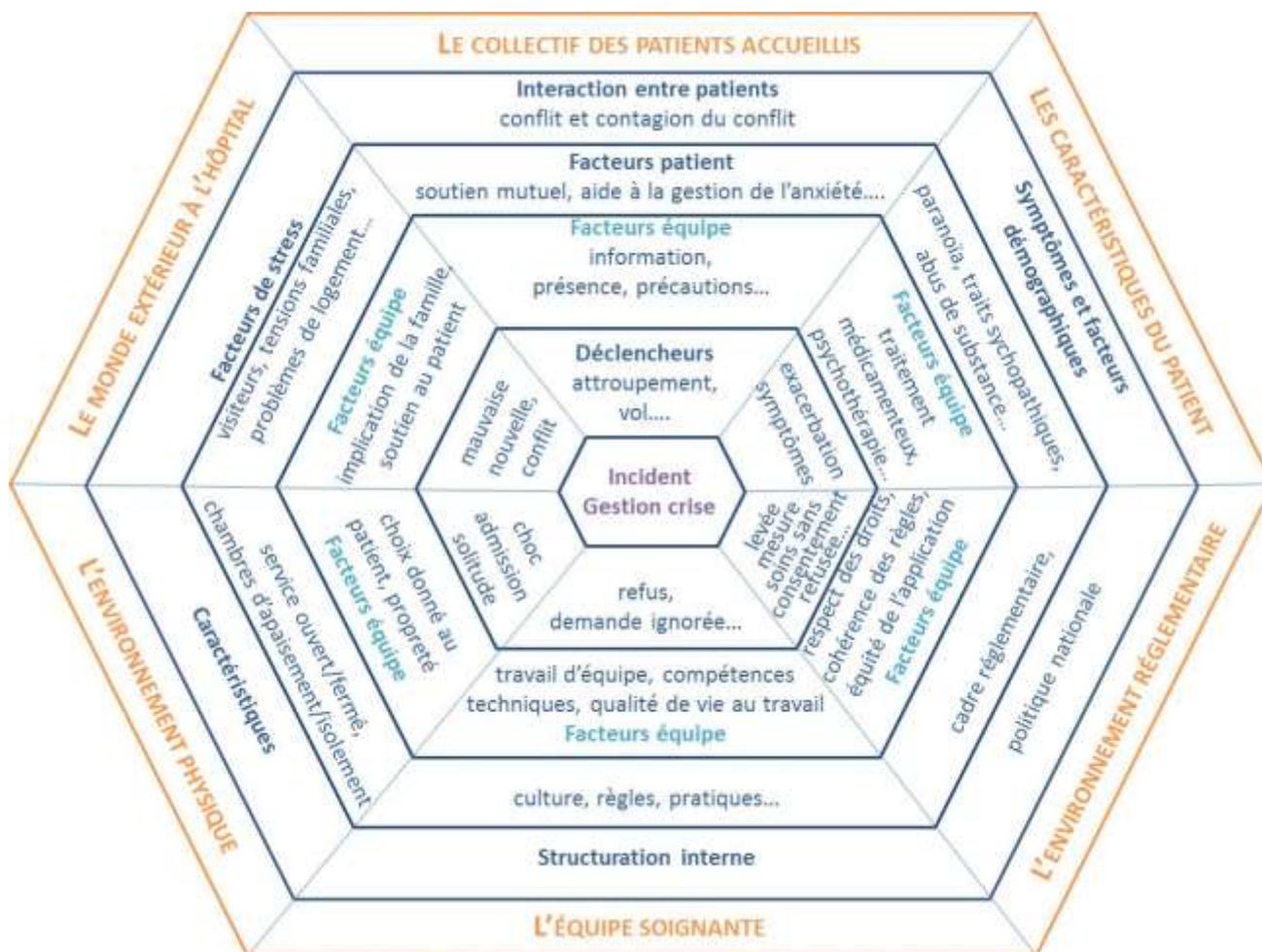
D'après Nijman HLI. A model of aggression in psychiatric hospitals. Acta Psychiatr Scand Suppl 2002;(412):142-3.

Henk Nijman met l'accent sur les interactions entre :

- les stress liés à l'environnement et à d'éventuelles erreurs de communication des professionnels,
- et les troubles psychiatriques sévères présentés par les patients hospitalisés, troubles qui peuvent affecter la cognition et peuvent conduire à une distorsion de l'interprétation des signaux de l'environnement.

Un cercle vicieux et un schéma de violence répétée risquent de s'installer, la violence et les mesures de restriction tendant à augmenter le stress des équipes comme celui des patients.

► Le modèle **Safewards** proposé par Bowers, 2013 (110).



Bowers © 2013

D'après Bowers, L. The Safewards model. London: Safewards; 2013.
<http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf>

Len Bowers et son équipe ont proposé un set d'interventions infirmières visant à prévenir et à gérer la violence en hospitalisation psychiatrique. Ce set s'appuie sur un modèle conceptuel très complet issu de l'analyse systématique de la littérature. Une présentation en cadran a été choisie.

Le schéma distingue :

- 6 grandes « familles » de facteurs : le patient, les autres patients, l'équipe soignante, le cadre institutionnel, l'environnement physique et le monde extérieur,
- le facteur ou la dimension et la circonstance déclenchante qui, elle, se situe au plus près de la situation (*flashpoint*).

Le schéma prend en compte les facteurs de protection ou d'« escalade ». Sa structure en cadran permet un croisement des différents facteurs et une mise en lumière des dynamiques des situations.

4.3 Les facteurs de la violence : perceptions des patients, perceptions des professionnels

Plusieurs études comparent les points de vue des patients et des professionnels sur les facteurs de la violence en unité d'hospitalisation psychiatrique (92, 162-167). Les perceptions des patients sur les causes des incidents violents en unité d'hospitalisation psychiatrique ont été analysées dans quatre études (153, 160, 168, 169). Les résultats des études de perception sont présentés dans la revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43). Une synthèse de la littérature sur les expériences des patients est proposée dans un chapitre de l'ouvrage *Violence in mental health settings*, coordonné par Dirk Richter et Richard Whittington (170).

Les deux revues de la littérature (43, 170), ainsi que les études individuelles citées plus haut, mettent en lumière les différences de perception entre patients et professionnels sur les causes des manifestations de violence en hospitalisation psychiatrique.

- Les professionnels ont tendance à mettre l'accent sur les facteurs individuels liés à la maladie ou à la personnalité du patient,
- Les patients tendent à pointer l'importance des facteurs environnementaux (par exemple, les restrictions de liberté imposées par l'institution) et ceux liés aux interactions (par exemple, le manque de communication entre l'équipe soignante et les patients).

Pour Christoph Abderhalden *et al.*, infirmier en psychiatrie et chercheur en soins infirmiers, cet écart a des implications profondes :

« En un mot, la recherche actuelle sur les agressions et les restrictions de liberté en psychiatrie souligne l'écart de perception entre les patients et les professionnels : les patients font état, plus fréquemment que les professionnels de comportements provocateurs et restrictifs au décours des soins et traitements. Ces résultats orientent l'attention vers ces écarts qui sont méconnus et qui sous-tendent une certaine violence institutionnelle. Il convient donc dans la pratique de mettre à distance le modèle paternaliste soignant et ses présupposés sur les « bénéfiques » des mesures de restriction de liberté (...). Dans la pratique, cette condescendance professionnelle peut être, au même titre que la négligence et la malveillance, un frein à la compréhension mutuelle, à la résolution des conflits, à la construction d'une alliance thérapeutique et entraîner un cercle vicieux sans fin d'agression-restriction de liberté » (170).

Deux études sont particulièrement illustratives de ce corpus d'études, comparant les expériences des patients et des professionnels, en privilégiant les méthodologies mixtes :

- Olga Ilkiw-Lavalle et Brin F.S. Grenyer (165) ont réalisé une enquête par entretiens auprès de 29 professionnels et 29 patients impliqués dans 47 incidents ayant eu lieu sur une période de 4 mois dans 4 unités psychiatriques en Australie. Les professionnels concernés pouvaient être des victimes ou des témoins. Les professionnels étaient interrogés dans la semaine qui suivait l'incident, les patients étaient interrogés au cours des 3 semaines suivant l'incident. Les *verbatim* ont fait l'objet d'un codage, afin de permettre une comparaison statistique des perceptions des acteurs. Ainsi, les personnes interrogées identifient trois catégories de facteurs expliquant la survenue des incidents : des facteurs liés aux troubles mentaux des patients, des facteurs interpersonnels et des facteurs liés aux restrictions de liberté. Patients et professionnels s'accordent sur l'importance de ce dernier facteur. En revanche, les patients mentionnent significativement moins souvent que les professionnels les explications liées aux troubles mentaux et pointent plus souvent l'importance des facteurs interpersonnels dans le déclenchement des incidents. De même, les patients soulignent plus souvent que les professionnels la nécessité d'une amélioration de la communication entre patients et professionnels.
- Joy Duxbury et Richard Whittington ont conduit une enquête dans 3 unités psychiatriques en Angleterre (167), afin de cerner les perceptions des patients et des infirmiers des causes de la violence et des stratégies de prévention et de gestion de la violence en hospitalisation. Un questionnaire, *the Management of Aggression and Violence Attitude Scale*, a été administré à 80 patients et 82 infirmiers. Des entretiens ont été conduits avec 5 patients et 5 infirmiers. Les résultats font apparaître que :
 - les professionnels pointent la prépondérance des facteurs individuels liés aux troubles ou à la personnalité des patients plus souvent que ne le font les patients ;

- ▶ les professionnels comme les patients identifient des facteurs de survenue des incidents violents liés à l'environnement, les professionnels tendant à insister sur l'environnement physique et les patients pointant les problèmes de culture et d'ambiance de service ;
- ▶ les facteurs déclenchants liés aux interactions, en particulier à des attitudes inappropriées des professionnels, sont plus souvent identifiés par les patients que par les professionnels.

Les auteurs rapprochent ces résultats d'autres études qui font apparaître les liens entre les incidents violents en hospitalisation, certains facteurs organisationnels comme le manque de formation, de politiques institutionnelles claires, l'absence d'une culture « thérapeutique », conduisant à des pratiques et des attitudes soignantes excessivement restrictives (167).

Les études mettant en lumière l'expérience des patients hospitalisés en psychiatrie sont analysées plus en détail dans un autre chapitre. Certaines d'entre elles permettent de connaître le point de vue des patients sur les causes des incidents (153, 160, 168, 169). Comme dans les études examinées plus haut, les patients interrogés mettent l'accent sur le rôle d'un environnement institutionnel restrictif et des difficultés de communication avec les professionnels.

- Par exemple, Thomas Meehan *et al.* ont conduit une enquête par entretien auprès de 27 patients en unité pour malades difficiles, afin de recueillir leurs perceptions des agressions en hospitalisation psychiatrique (169). Les patients interrogés identifient comme des facteurs favorisant la violence les éléments suivants :
 - ▶ l'environnement confiné, le manque d'espace privé, la cohabitation dans un espace restreint ;
 - ▶ le manque d'activités significatives, l'ennui ;
 - ▶ les attitudes des membres de l'équipe soignante qui manquent d'empathie, de compréhension et se situent sur le terrain des rapports de force ;
 - ▶ des règles et des restrictions vécues comme des atteintes à la dignité (par ex : demander l'autorisation pour accéder à ses effets personnels) ;
 - ▶ l'absence d'information sur les traitements et d'implication du patient dans les décisions thérapeutiques ;
 - ▶ les troubles mentaux et les personnalités des agresseurs.

4.4 Annexe : tableaux récapitulatifs des facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques et chez les patients ayant des troubles de l'humeur (Audition publique HAS, 2011)

Tableau 1. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques (2)

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> • Âge jeune < 40 ans • Genre masculin • Statut économique précaire • Faible niveau d'éducation • Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénies de forme paranoïde • Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide • Personnalité antisociale comorbide (hétéroïdophrénie)
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération • Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool • Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence • Antécédents de victimation⁵² • Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatologie psychotique positive • Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence • Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses • Idées, fantasmes et propos de violence • Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution • Fascination pour les armes • Méfiance et réticence • Participation émotionnelle intense • Retrait social, émoussement affectif, désorganisation • Idées suicidaires • Symptomatologie dépressive • Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> • Être victime de violence dans l'année • Divorce ou séparation dans l'année • Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'accès aux soins • Incapacité à demander de l'aide • Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> • Longue durée de psychose non traitée • « Pseudo-alliance thérapeutique » • Rupture du suivi psychiatrique • Non-observance médicamenteuse • Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

⁵² fait d'avoir été victime d'un accident traumatique, d'une maltraitance, d'une agression, ou de toute atteinte matérielle, corporelle ou psychique.

Tableau 2. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles de l'humeur (2)

Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> • Âge jeune < 40 ans • Genre masculin • Statut économique précaire • Faible niveau d'éducation • Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble bipolaire type 1 > type 2 • Épisode dépressif caractérisé • Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide • Personnalité antisociale comorbide • État mixte • Épisodes dépressifs récurrents brefs
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération • Antécédent d'abus ou de dépendance à l'alcool • Antécédent de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence • Antécédents de victimation • Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Idées délirantes de ruine, de culpabilité, de grandeur ou mégalomaniaques ou idées délirantes non congruentes à l'humeur, persécution • Impulsivité, hostilité • Symptomatologie mélancolique • Idées suicidaires • Péjoration de l'avenir, incurabilité
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> • Être victime de violence dans l'année • Divorce ou séparation dans l'année • Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'accès aux soins • Incapacité à demander de l'aide • Dénier des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> • Durée d'évolution avant le diagnostic • « Pseudo-alliance thérapeutique » • Rupture du suivi psychiatrique • Non-observance médicamenteuse • Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

5. Quel est l'état des pratiques professionnelles en matière de prévention et de prise en charge des moments de violence en service de psychiatrie ?

Le chapitre n°5 présente les données sur l'état des pratiques professionnelles en unités d'hospitalisation psychiatrique en matière de prévention et de prise en charge des épisodes de violence.

Les études présentées concernent tout autant les pratiques individuelles que les pratiques collectives. Les organisations seront donc évoquées, même si les données les concernant sont rares.

Bien que les pratiques professionnelles face aux moments de violence des patients soient une préoccupation majeure du monde professionnel, les données existantes restent éparses et hétérogènes et ne permettent pas de dresser un état des lieux complet. Il n'entre pas, par ailleurs, dans le champ de cette revue, de faire un état des lieux de la mise en œuvre de mesures de restriction de liberté en psychiatrie. Sur ce sujet, on se référera utilement aux travaux de la HAS en cours sur la contention et l'isolement (<http://www.has-sante.fr/>).

Le sujet des pratiques professionnelles et de la violence en psychiatrie a fait l'objet d'un certain nombre d'études dans le champ de la recherche en soins infirmiers, utilisant des perspectives et des méthodologies diversifiées : utilisation des données déclarées sur les incidents violents, enquêtes de perception qualitatives et quantitatives auprès des professionnels et auprès des patients, observation participante et non participante...

De cet ensemble très divers se dégagent quelques enseignements au sujet de l'état des pratiques professionnelles de prévention et de gestion de la violence en hospitalisation psychiatrique :

- la fréquence des mesures de restriction de liberté, isolement ou contention, en réponse à la violence : les données quantitatives existantes montrent que les incidents violents donnent souvent lieu à des mesures de restriction de liberté, même s'il existe une variété de réponses soignantes possibles identifiées dans la littérature. L'usage de la contention et de l'isolement varie selon les contextes. Il est intéressant de noter que les unités pour malades difficiles ont des taux de contention et d'isolement moindres que ceux des unités de psychiatrie générale, indiquant ainsi le rôle d'équipes formées et expérimentées pour une meilleure gestion des situations de violence ;
- la place importante de pratiques professionnelles informelles dans la prévention et la prise en charge de la violence, pratiques non répertoriées : ce phénomène d'écart entre le travail « prescrit » et le travail « réel » caractérise l'ensemble des contextes de travail dans tous les secteurs, il doit être pris en compte pour appréhender la réalité des pratiques en unité psychiatrique.
 - ▶ Les pratiques informelles mettent au premier plan l'équipe de soins qui devient à la fois un outil d'intervention, une instance de régulation et de soutien. La littérature donne une image contrastée du fonctionnement de ces collectifs de travail, qui, selon le lieu, le contexte institutionnel, le moment historique, mais aussi la perspective de l'observateur, apparaissent sous un jour positif ou négatif, selon une dichotomie déjà rencontrée :
 - des études décrivent un milieu à la fois volatile et coercitif, une insuffisance des relations et de l'implication soignantes, avec, selon les cas, une valorisation de l'intervention physique et/ou une focalisation sur les aspects procéduraux de la pratique,
 - d'autres études mettent au contraire en lumière l'invention au quotidien en unités psychiatriques de pratiques qui permettent d'équilibrer la présence soignante, l'abord clinique et la protection fournie par un cadre permettant de faire face à la conflictualité psychique.
- la faiblesse des infrastructures et des réponses institutionnelles aux enjeux de la prévention et de la prise en charge des moments de violence en hospitalisation psychiatrique : plusieurs études mettent notamment en évidence un déficit important d'accompagnement institutionnel des victimes.

5.1 Les études quantitatives sur les réponses à la violence en unité d'hospitalisation psychiatrique

Les données chiffrées disponibles concernent, dans leur grande majorité, les pratiques professionnelles de prise en charge d'un épisode de violence, pendant ou immédiatement après cet épisode. Les stratégies de prévention primaire font, elles, plutôt l'objet d'études qualitatives qui seront examinées plus loin.

Les études et les synthèses de la littérature suggèrent qu'il existe une variabilité très importante des pratiques dans ce domaine. Plusieurs auteurs (30, 43) estiment que cette variation reflète tout autant la variabilité des pratiques que celle des méthodes et des modalités de recueil des incidents et de leurs conséquences. Face à la violence, plusieurs types de réponses semblent coexister, mais le recours aux mesures de restriction de liberté et aux interventions physiques occupe une place importante. Le besoin de recourir aux mesures de restriction de liberté est paradoxalement moindre dans des services spécialisés dans la prise en charge de patients présentant des troubles du comportement.

► La synthèse des données existantes réalisée par le *Conflict and containment reduction research programme*

La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (43) a réalisé une synthèse des études quantitatives existantes.

- La revue distingue entre la contention « manuelle » et la contention « mécanique » (avec un dispositif, fixation au lit par exemple) :
 - ▶ 18 études renseignent sur les taux de contention manuelle à la suite d'un incident violent. Ces taux sont très variables : de 84 % à 5 % ;
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 18 études font apparaître une moyenne de contentions manuelles de 34,25 % ;
 - ▶ 5 études mentionnent des taux de contention mécanique appliquée en cas d'épisode de violence. Le taux varie de 46,3 % à 13 % ;
 - ▶ la probabilité pour un patient d'être contenu manuellement à la suite d'un incident est un peu plus élevée dans les services de psychiatrie générale que dans les services type « unité pour malades difficiles ».
- 18 études fournissent des données chiffrées sur la prise de traitement médicamenteux par voie orale en réponse à un comportement violent :
 - ▶ les taux varient entre 66 % et 3 % selon les études,
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 18 études font apparaître une moyenne de réponse médicamenteuse (voie orale) de 24 %.
- La revue recense 16 études ayant indiqué des taux de mise en isolement à la suite d'un incident violent :
 - ▶ les taux varient entre 49 % à 6 %⁵³ ;
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 16 études font apparaître une moyenne de mise en isolement de 20,89 % ;
 - ▶ la probabilité pour un patient d'être isolé à la suite d'un incident est deux fois plus élevée dans les services de psychiatrie générale que dans les services type « unité pour malades difficiles ».
- L'intervention consistant à emmener le patient à l'écart, et le laisser en retrait pendant un temps (dit « time-out ») en réponse à des comportements violents est mesurée dans 13 études :
 - ▶ les taux varient entre 45 % à 4 %,
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 13 études font apparaître une moyenne de 18,02 %.
- Les techniques de désamorçage verbal en réponse à un comportement violent sont mesurées dans 9 études :

⁵³ Le taux mentionné le plus élevé est de 87 %. Il s'agit d'une étude que les auteurs invitent à considérer comme un « outlier ».

- ▶ le taux d'utilisation de ces techniques varie de 70 % à 14 % selon les études,
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 9 études font apparaître une moyenne de 30 %.
- La revue identifie 6 études indiquant des taux de recours à des injections intramusculaires à la suite d'un épisode violent :
 - ▶ le taux de recours à des injections varie de 45 % à 4 % selon les études,
 - ▶ les agrégations réalisées sur la base des données de ces 6 études font apparaître une moyenne de 17,91 %.

Parmi les 54 études identifiées, d'autres réponses des équipes soignantes face à la violence sont mentionnées dans un petit nombre d'études : entretien post-incident avec le patient, révision du plan de soins, mais aussi mise en place de soins sans consentement, recours à la police, fermeture des portes du service, transfert du patient...

Les auteurs de la revue formulent l'hypothèse que les taux moins élevés d'isolements et dans une moindre mesure de contentions dans les unités de type « unité pour malades difficiles », par rapport aux unités de psychiatrie générale, seraient liés au développement, au sein de ces unités, de compétences et de pratiques de prévention et de gestion de la violence permettant de limiter les incidents et le recours à la contention et à l'isolement.

▶ Les études individuelles

Plusieurs études individuelles fournissent des données chiffrées sur les réponses des professionnels des unités psychiatriques aux moments de violence des patients (38, 57, 67-70, 76, 85, 124, 171-174).

Les résultats qui se dégagent de cet ensemble plus restreint d'études sont concordants avec les résultats de la revue du *Conflict and containment reduction research programme* et les constats :

- d'une variabilité des réponses des équipes soignantes à la violence, mais aussi des modalités d'enregistrement et des protocoles de recherche,
- d'une importance relative des mesures de restriction physique.

Par exemple, l'étude de Mélanie Shepherd et Tony Lavender (69) a été réalisée dans 13 unités psychiatriques d'un hôpital anglais au cours d'une période de 5 mois. 130 incidents mentionnés dans les fiches d'événements indésirables ont été investigués : un certain nombre d'informations ont été collectées auprès des professionnels concernés.

- ▶ Dans 60 % des cas, l'incident a été traité par une intervention « physique » : réponse médicamenteuse (21,3 %), contention (19,7 %) ou combinaison de plusieurs réponses (19 %) ;
- ▶ le patient a été emmené à l'écart de la situation dans 4,7 % des cas ;
- ▶ des interventions verbales ont eu lieu dans 30 % des cas ;
- ▶ des renforts ont été appelés dans 4,7 % des cas.

Dans leur discussion, les auteurs estiment que les interventions mises en place sont sans doute disproportionnées par rapport à la gravité des incidents, évaluée comme « mineure » dans la majorité des cas. Pour les auteurs :

« Cela illustre les dilemmes des professionnels qui, dans des circonstances stressantes, doivent décider rapidement de la stratégie la plus appropriée et trouver un équilibre entre la gestion des risques immédiats et les objectifs de prévention à plus long terme. Une approche interventionniste peut permettre une sécurisation à court terme, mais risque d'accroître les risques d'agression dans l'avenir ; une gestion plus « conservatrice » peut présenter un risque dans le moment présent, mais être plus efficace dans une perspective de prévention à long terme » (69).

Les études individuelles apportent des éléments d'information supplémentaires :

- certaines études suggèrent que dans certains cas, l'isolement voire la contention seraient utilisés à titre préventif (76, 174). La revue de la littérature de Cheryl S. Hankin *et al.* mentionne 8 études qui établissent des constats similaires (26) ;

- une enquête, déjà citée (Chapitre 3), *Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting*, réalisée par questionnaire auprès de 142 patients, a permis de recueillir les déclarations des patients hospitalisés sur les pratiques de coercition (67) :
 - ▶ 60 % des patients interrogés ont été placés en isolement ;
 - ▶ 34 % ont été mis sous contention ;
 - ▶ 27 % ont connu une administration forcée de médicaments.

5.2 La réalité des pratiques dans les études qualitatives : pour le meilleur et pour le pire ?

Plusieurs études sélectionnées s'efforcent de mettre à jour la réalité du travail des équipes de soins pour faire face aux moments de violence des patients hospitalisés en psychiatrie. Ces études utilisent des méthodologies qualitatives (enquête par entretien, par observation), car il est difficile de mobiliser des catégories *a priori* pour saisir ce « travail invisible ». Il s'agit de mettre à jour un ensemble de pratiques qui ne sont pas répertoriées dans les textes prescriptifs encadrant l'activité des professionnels (normes juridiques, référentiel qualité, traités de médecine, de soins infirmiers...). Cet écart entre le travail « réel » et le travail « prescrit » caractérise l'ensemble des situations de travail, même si on peut penser, à partir des travaux de Madeleine Monceau (51) que ce phénomène concerne particulièrement la gestion des situations à risque de violence en hospitalisation psychiatrique. Une image éclatée se dégage de cet ensemble de travaux : tous reconnaissent l'existence de ces pratiques professionnelles informelles, mais elles apparaissent sous un jour très différent selon le service, le moment historique, le pays, mais aussi l'observateur.

→ L'écart entre travail réel et travail prescrit : un phénomène universel

Les sciences du travail ont souligné le décalage entre prescriptions et réalité du travail, quel que soit le secteur étudié⁵⁴. L'activité dans le travail est toujours située, ajustée à la singularité des situations et investie par un sujet qui mobilise des savoir-faire acquis par l'expérience de la pratique⁵⁵. Toute situation de travail, même lorsqu'elle est encadrée par des normes, implique une indétermination qui laisse une place aux initiatives des sujets et une activité de transformation du donné. Ce travail « réel », qui représente un écart par rapport aux tâches prescrites, tend à être occulté, entretenant une forme d'« invisibilité » du travail⁵⁶.

On peut faire l'hypothèse que cette part de « clandestinité » du travail est encore plus marquée dans le cas de la gestion par les équipes soignantes des situations à risque de violence et des comportements violents en service de psychiatrie. Madeleine Monceau a analysé dans son ouvrage *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité* (1999) (51) comment la « fonction de régulation » des infirmiers en service de psychiatrie tendait à devenir un « impensé » du soin psychiatrique et à être occultée dans les discours officiels sur le rôle infirmier en psychiatrie.

→ Normes, représentations de la violence et pratiques informelles de gestion de la violence

Deux exemples d'études permettent d'illustrer le constat de l'existence de pratiques informelles et de représentations professionnelles qui ne recourent que partiellement les représentations et pratiques « prescrites » en matière de prévention et de gestion de la violence en service de psychiatrie.

- L'étude réalisée par John Crichton a été conduite selon un protocole original, afin de mettre en lumière les attitudes des soignants face aux troubles du comportement des patients en psychiatrie (175).

⁵⁴ Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris: PUF; 2008.

⁵⁵ Lhuillier D. L'invisibilité du travail réel et l'opacité des liens santé-travail. *Sci Soc Santé* 2010;28(2):31-63.

⁵⁶ Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé. Actes du séminaire du 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

- ▶ 32 vidéos mettant en scène de manière différente 6 types d'actes agressifs par des patients hospitalisés ont été montrées à 186 infirmiers et aides-soignants exerçant en unités psychiatriques, unités sécurisées ou de psychiatrie générale dans 4 sites hospitaliers en Ecosse ;
- ▶ les vidéos ont été visionnées dans le cadre de *focus group*⁵⁷ réunissant environ 6 participants ;
- ▶ il était demandé aux participants de répondre à un questionnaire, afin de faire part de leur réaction face aux comportements des acteurs de la vidéo, acteurs patients et professionnels, et de donner une appréciation sur les réponses soignantes aux actes agressifs ;
- ▶ Les résultats montrent que :
 - l'isolement ou la contention mécanique ne sont mentionnés comme un recours possible que lorsque les participants avaient le sentiment que la sécurité d'une personne, patient ou professionnel était menacée. John Crichton estime que, sur ce point, les attitudes des professionnels sont cohérentes avec les éléments de bonne pratique ;
 - John Crichton souligne le rôle des jugements moraux que les professionnels forment sur les patients et leur influence sur leurs attitudes face à la violence. Loin de la neutralité qui leur est prescrite, les professionnels semblent se poser constamment la question de la responsabilité morale du patient, en particulier lorsque le diagnostic connu est un trouble de la personnalité ;
 - des propositions de modalités de contraintes plus informelles obtiennent la faveur des professionnels lorsqu'ils estiment qu'une censure morale est nécessaire (demander au patient de s'excuser, le rappel à l'ordre, la privation de certaines activités récréatives...) ;
 - ces jugements et ces mesures ne relevant pas de règles clairement établies, les professionnels admettent justifier certaines interdictions et privations par des arguments relatifs à la sécurité et à l'état clinique du patient, alors que leurs motivations sont disciplinaires.

Selon John Crichton, cette composante morale du soin psychiatrique, mise en évidence particulièrement dans la prise en charge des personnes présentant des troubles de la personnalité, devrait être reconnue et faire l'objet d'une discussion et de règles collectives (175).

La place des jugements moraux, leurs impacts sur les pratiques de soins en psychiatrie, en particulier face aux comportements violents des patients est soulignée dans plusieurs autres études (164, 166, 176).

- L'étude de Carl Ryan et Len Bowers publiée en 2005 vise à mettre en lumière les pratiques de gestion des situations de risque de violence en unité psychiatrique (177) :
 - ▶ l'auteur principal a réalisé une observation non participante d'une durée de 8 mois dans une unité fermée de soins intensifs (*Psychiatric Intensive Care Unit*),
 - ▶ les résultats montrent que :
 - il existe des protocoles bien établis et suivis pour répondre aux manifestations de violence graves chez les patients : « time-out » (mise en retrait temporaire dans une chambre dont la porte reste ouverte), traitement médicamenteux, mise en isolement ;
 - l'équipe infirmière a développé un certain nombre de stratégies pour réguler au quotidien les agitations et manifestations agressives de faible intensité et d'une manière plus générale les comportements des patients dont l'équipe estime qu'ils ne sont pas conformes à certaines règles de l'unité ;
 - ces règles et ces pratiques sont pour l'essentiel non-écrites et non répertoriées dans une classification « officielle » (texte juridique, référentiel de compétences, recommandations de bonne pratique...), un règlement ou un protocole. L'observateur les décrit sans juger s'il s'agit de bonnes ou de mauvaises pratiques. Par exemple :
 - bloquer le passage du patient avec ses bras ;
 - marcher derrière lui en lui demandant d'avancer ou de tourner ;
 - encercler le patient à plusieurs lorsqu'un risque est perçu ;
 - guider sa main pour lui faire prendre ses médicaments ... ;

⁵⁷ Groupe d'expression et d'entretien dirigé.

- utilisation de promesses (de cigarettes, de sorties...);
 - demandes répétées ignorées;
 - jeu de regards (sourcils froncés);
 -
- le niveau de contrainte imposé varie selon que le patient est connu ou non et selon la vulnérabilité perçue des patients.

→ Pratiques informelles de gestion des situations à risque de violence en hospitalisation psychiatrique : une image contrastée

Les études citées précédemment dans cette section (51, 164, 166, 175-177), ainsi que d'autres études qualitatives sur les pratiques professionnelles, mettent en lumière l'importance des pratiques informelles dans la gestion des situations à risque de violence (5, 76, 89, 90, 144, 147, 148, 151, 152, 157, 158, 171, 178-181).

Un ensemble d'études portant sur le vécu des patients en hospitalisation apporte aussi un éclairage sur l'état des pratiques professionnelles (67, 153, 156, 160, 168, 169, 181-186).

De ces deux groupes d'études se dégage une image contrastée de la réalité des pratiques professionnelles de prévention et de gestion de la violence en unité de psychiatrie. Certaines études, en particulier des études d'observation ou par entretien, notamment auprès de patients, soulignent l'existence de pratiques répressives dans le contexte de cultures de service « non-thérapeutiques ». Ces milieux n'apparaissent cependant pas comme des milieux sécurisants, les patients expérimentant tout à la fois ce qu'ils considèrent comme des pratiques déshumanisantes de la part des professionnels, un sentiment d'abandon thérapeutique et la peur d'être exposés à des violences de la part des autres patients. D'autres études, en particulier une recherche infirmière française récente, mettent au contraire l'accent sur la capacité des collectifs de travail en psychiatrie à développer des pratiques informelles et un « travail invisible » répondant de manière appropriée à la conflictualité psychique à l'origine de la violence.

Des exemples d'études sont présentés dans les sections suivantes, afin d'illustrer ces différentes facettes de la réalité des pratiques.

A « tradition of toughness » ? (une « tradition de dureté » ?)

Deux exemples d'étude permettent d'appréhender la vision critique de la prise en charge de la violence en psychiatrie, portée par des chercheurs en soins infirmiers. La première étude a été réalisée à la fin des années 80 aux Etats-Unis et met en lumière l'existence de cultures professionnelles qui valorisent la contrainte physique. La deuxième étude a été réalisée en Angleterre 15 ans plus tard, et, si la brutalité n'est plus au premier plan, la chercheuse fait néanmoins le constat d'une forme de déshumanisation des relations par excès de formalisme des pratiques et par désengagement thérapeutique.

- En 1990, Eileen Frances Morrison, infirmière et professeur de sociologie aux Etats-Unis, publie une étude d'observation participante, menée au cours d'une période de 9 mois, dans une unité psychiatrique (152).

Elle établit plusieurs constats :

- ▶ la gestion quotidienne des patients est, dans une grande mesure déléguée à des agents hospitaliers non diplômés ;
- ▶ ce groupe professionnel a développé une culture propre constituée de valeurs et de normes qu'Eileen Morrison qualifie de *tradition of toughness* (« tradition de dureté »). Les nouveaux arrivants sont « éduqués » par les autres membres de l'équipe et ils intériorisent rapidement ces normes ;
- ▶ le contrôle des comportements des patients est mis au premier plan (une demande, une expression d'émotion peuvent être interprétées comme une perte de contrôle). Les interventions physiques sont valorisées par rapport aux interventions psychosociales. De nombreux aspects de la vie sont soumis à des règles écrites et non écrites (retrait des effets personnels...). Cependant, certaines situations à risque ne sont pas efficacement régulées ;
- ▶ certains comportements sont attendus et valorisés parmi les agents. Différents rôles sont distribués entre eux. Il est attendu de chacun qu'il déclenche une confrontation avec le patient et impose sa volonté face à un comportement agressif ou une agitation. Ceux qui ont des capacités particulières pour

intervenir physiquement sont considérés comme « sachant y faire » et situés au sommet de la hiérarchie implicite du groupe ;

► l'écart avec un certain nombre de normes externes (droits des patients) est senti, ainsi que les risques de sanction ; la confidentialité et une loyauté sans faille sont exigées des membres du groupe.

Pour Eileen Morrison, il existe un lien étroit entre cette « tradition de dureté » et la violence en hospitalisation psychiatrique. Pour elle, un changement de culture est nécessaire avant tout, et sera la condition du développement de bonnes pratiques et de nouvelles règles organisationnelles (152).

- L'étude de Jenny Secker *et al.* (144), déjà citée, a été réalisée 15 ans plus tard en Angleterre. Les auteurs proposent l'analyse de 15 récits d'incidents violents recueillis auprès de 11 professionnels d'une unité d'admission psychiatrique dans un hôpital de Londres. Pour les auteurs, l'absence d'implication dans le soin, la pauvreté relationnelle des rapports instaurés avec les patients est ce qui caractérise la plupart de ces récits. Il est moins question de brutalité physique que dans l'étude d'Eileen Morrison. La « dureté » est étroitement liée, dans cette étude, au souci de conformité aux procédures. Mais on retrouve, comme dans l'étude précédente, le manque de perspective thérapeutique et de bienveillance :

« les récits des professionnels suggèrent qu'une approche « procédurale » des soins caractérise la culture du service, interdisant l'implication soignante vis-à-vis des patients qui aurait pu certainement éviter la survenue d'au moins certains incidents. Le travail infirmier avant les incidents est décrit dans des termes procéduraux (être en service, programmer un entretien...) et rien n'indique qu'une quelconque valeur est accordée à la disponibilité et au temps consacré aux patients. De même, peu des professionnels interrogés semblaient s'efforcer d'adopter le point de vue des patients pour mieux interpréter leurs comportements, alors même que, selon les récits des soignants, dans de nombreux cas, les patients concernés étaient sans doute désemparés, du fait de la peur, de la confusion ou de l'embarras. Au lieu de quoi, lorsque le comportement du patient n'était pas attribué exclusivement à ces troubles mentaux, il était toujours interprété comme un défi aux règles de l'unité, ou au rôle tutélaire des professionnels de la psychiatrie vis-à-vis des personnes en soins sans consentement, et les rapports de force qui s'ensuivaient, amenaient inexorablement aux décisions de mesures de restrictions de liberté et d'injections forcées » (144).

Les « savoirs tacites » en psychiatrie et la prévention de la violence

D'autres études offrent une perspective plus favorable de la réalité des pratiques de gestion des situations de violence en hospitalisation psychiatrique. Les équipes des unités apparaissent comme des « communautés d'expériences et de connaissances croisées » (157) qui développent au quotidien et en situation des savoir-faire et des savoir-être pratiques. Ces derniers sont situés en dehors des systèmes prescriptifs « officiels » (décret infirmier en France, par exemple), mais s'articulent avec eux et participent à leur mise en œuvre. Ces pratiques informelles soutiennent les processus thérapeutiques et la gestion de la vie collective de l'unité.

- Une recherche française récente conduite par deux infirmiers praticiens chercheurs, Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel, est particulièrement illustrative de cet ensemble d'études (151) :
 - partant du constat, issu d'études ergonomiques et épistémologiques qu'une part importante du travail infirmier ne relève pas de tâches programmées et prédéfinies, ils cherchent à objectiver et à rendre « visibles » ces pratiques informelles « savoir d'action », « savoirs tacites » (157). Leur cadre théorique est construit à partir des apports de la psychothérapie institutionnelle, de la psychodynamique du travail et de la praxéologie ;
 - les chercheurs ont réalisé une enquête qualitative par entretien auprès d'infirmiers, de cadres de santé et de médecins psychiatres (48 entretiens), et par séquences d'observation participante sur une période de 12 mois, au sein de 8 unités psychiatriques réparties dans 4 établissements de santé ;
 - les données recueillies lors de l'enquête ont été recodées à partir d'une grille distinguant 139 fonctions assurées par ces pratiques informelles ;
 - on ne peut restituer ici les résultats de cette recherche dans toute leur richesse, on rend compte ici de quelques-uns des résultats parmi ceux qui concernent plus particulièrement la prévention et la gestion des risques de violence :
 - trois « fonctions » du soin infirmier psychiatrique, c'est-à-dire non seulement des actes réalisés par les infirmiers, mais aussi leur sens, sont repérées lors des séquences

d'observation comme particulièrement importantes dans le travail infirmier en unité d'hospitalisation psychiatrique ; elles sont aussi déterminantes dans la prévention des actes violents en hospitalisation psychiatrique :

- la fonction « supplétive » qui consiste à compenser les capacités adaptatives et cognitives mises en défaut de manière temporaire ou permanente par la pathologie, en particulier :
 - la structuration, c'est-à-dire les actions qui permettent une organisation prévisible du temps et un repérage dans l'espace (par ex. informer le patient sur le déroulement de sa journée, l'emploi du temps du service...) ;
 - l'adaptation : aider le patient à s'adapter aux éléments du réel (par exemple à s'habiller en fonction de la saison).
- La fonction « amortissante » : « l'ensemble des mesures individuelles ou groupales visant d'une part à limiter l'expression des sources d'excitations individuelles ou groupales et d'autre part visant à atténuer ou à absorber leurs manifestations » (151).
 - Les auteurs évoquent notamment la « fonction de régulation » en référence à Madeleine Monceau (51), c'est-à-dire les actions de l'équipe qui permettent « de modérer, pacifier, contenir, permettre le maintien de l'équilibre interne, la coexistence ou le vivre ensemble » (151).
- La fonction « disponibilité » qui est aussi la fonction la plus souvent identifiée et mise en avant par les professionnels eux-mêmes. Il s'agit des mesures prises par l'infirmier pour se rendre accessible, en dehors des activités programmées. Cette disponibilité doit être entendue comme une disposition psychique plutôt que comme un acte précis. Cette fonction correspond aux représentations que les professionnels ont de leur métier et, comme on le verra, à des attentes fortes de la part des patients. Elle n'implique pas de se rendre disponible à tout moment face à toute demande d'un patient, mais de prendre en considération toute demande explicite et implicite, même lorsqu'il y a indisponibilité sur le moment.

« Cette appréciation de l'importance d'une réponse, pondérée de l'importance de ne pas être dans le « tout, tout de suite » est partagée par de très nombreux infirmiers et soignants interviewés, (...). Ce propos est de même nature que celui de cette infirmière IDE : « la disponibilité, c'est être là au moment où le patient le demande, sans forcément prendre un temps si on n'a pas le temps tout de suite. [...], être présent et entendre ce qu'il nous dit, même si la réponse ne peut pas être immédiate. Elle peut être prise en considération » (151).

La fonction « disponibilité » s'incarne dans des interactions informelles qui peuvent aller d'un simple échange de civilités à de véritables « temps d'échanges inscrit dans le mouvement du quotidien », mais aussi dans des propositions d'activités hors du soin...

- Des études anglo-saxonnes, aux objectifs plus ciblés, permettent aussi de révéler les pans de pratiques informelles qui soutiennent au quotidien la gestion des risques de violence en unité psychiatrique. Par exemple :
 - ▶ Steve Trenoweth a réalisé une enquête par entretien auprès de 10 infirmiers, afin de comprendre quelles ressources et savoir-faire les infirmiers sont amenés à mobiliser face à une situation de tension avec un patient (147). Ces ressources sont les suivantes :
 - la connaissance du patient : sa pathologie, son histoire, ses valeurs ;
 - l'observation et la compréhension de la situation ;
 - l'anticipation des événements possibles ;
 - la mise en place d'un travail en équipe, l'appréciation de la compétence et de l'expérience des collègues présents.

Le point de vue des patients

Parmi les études explorant le vécu des patients, deux exemples sont présentés, permettant de saisir l'expérience des patients ayant des moments de violence, et des patients témoins ou victimes de violence en hospitalisation psychiatrique.

- Jayne Ann Breeze et Julie Repper (153) ont réalisé une enquête par entretien auprès de 6 patients considérés comme « difficiles », c'est-à-dire ayant notamment des comportements perturbateurs et agressifs⁵⁸.
 - ▶ Les patients interrogés ont le sentiment de ne pas s'être vu attribuer une quelconque maîtrise sur leur prise en charge. Cela se manifeste, selon eux, par un défaut d'information et de discussion sur leur diagnostic et sur leur plan de soin, l'impossibilité de poser des questions, mais aussi par des restrictions de la liberté d'aller et venir, l'administration forcée de médicaments, ainsi que des formes de contraintes verbales (menaces, ordres...);
 - ▶ les patients réagissent à ce sentiment d'être « sous contrôle » en instaurant des rapports de force avec les membres de l'équipe soignante. Cela peut prendre la forme d'actes violents, mais aussi d'une résistance plus passive (refus de répondre, contournements du règlement...);
 - ▶ les patients identifient des caractéristiques des soignants et des interventions infirmières qui leur paraissent avoir un effet thérapeutique :
 - les manifestations de respect et de considération pour la personne du patient ;
 - l'écoute et la confiance (« être cru » est particulièrement important) ;
 - la participation aux soins ;
 - l'information et l'explication, en particulier lorsque des restrictions sont mises en place ;
 - la présence et la disponibilité ;
 - la compétence technique, qui selon les auteurs, est très bien repérée par ces patients ayant souvent une longue « carrière » en psychiatrie. Ces patients sont particulièrement exigeants sur ce plan, la seule « gentillesse » n'étant pas suffisante pour qualifier positivement une intervention infirmière.
- L'étude d'Alan Quirk *et al.* porte sur l'expérience et les attitudes des patients hospitalisés face au risque de violence en hospitalisation psychiatrique (156).
 - ▶ Les auteurs se fondent sur :
 - l'analyse des réponses à deux questions ouvertes posées dans le cadre d'une enquête par questionnaire auprès de patients, professionnels et visiteurs de 96 unités psychiatriques,
 - une enquête ethnographique par observation participante, réalisée au cours de séquences de 3 à 4 mois, dans 3 unités psychiatriques.
 - ▶ L'étude fait apparaître les résultats suivants :
 - l'enquête par questionnaire fait apparaître que les unités psychiatriques sont globalement perçues comme des lieux sûrs et des environnements accueillants⁵⁹ ;
 - certains patients relèvent que les unités peuvent devenir des milieux « volatiles », du fait de la cohabitation de personnes présentant des pathologies et des caractéristiques très différentes, ainsi que du désœuvrement des patients. La compétition pour l'accès à certaines ressources (télévision, cigarettes...) tend à faire naître des conflits qui ne paraissent pas toujours régulés par les équipes soignantes ;
 - comme cela a été déjà vu dans le chapitre sur les facteurs explicatifs des incidents violents, certains facteurs contextuels et interactionnels de violence sont identifiés à la fois par les patients et les professionnels : insuffisance des relations thérapeutiques, insuffisance des transmissions, excès dans le recours aux mesures de contrainte, absence de clarification des rôles de chacun dans l'équipe, difficulté du travail en équipe liée notamment au *turn-over*... ;

⁵⁸ Un *focus group* avec 9 infirmiers a permis de dégager les caractéristiques des patients qui sont considérés comme « difficiles » dans une unité psychiatrique, 10 critères ont été identifiés, notamment un comportement perturbateur, une psychopathologie marquée par des moments de violence, et la présence de troubles de la personnalité.

⁵⁹ Les auteurs soulignent le risque que leur étude donne une image trop sombre de la vie dans une unité psychiatrique : « avoir mis l'accent, dans cette étude, sur la question des risques fait courir le danger de donner une vision trop sombre de la vie des services. De nombreux patients apprécient cet environnement dans lequel ils se sentent acceptés, y compris dans leurs « bizarreries », et où ils ont reçu de nombreuses manifestations de soutien, de solidarité et de conseils amicaux de la part des autres patients. » (156)

- l'enquête ethnographique montre que les patients n'ont pas toujours confiance dans la capacité des équipes à les protéger des risques de violence de la part d'autres patients et qu'ils tendent à mettre en œuvre des stratégies individuelles pour « gérer les risques » :
 - se renseigner sur le statut d'un nouveau patient (est-ce une admission en soins sans consentement ? Le patient a-t-il un passé judiciaire ?) ;
 - éviter certains lieux, certaines personnes considérées comme dangereuses ;
 - en cas de risque perçu de violence chez un autre patient, offrir une cigarette, parler doucement pour désamorcer une situation ;
 - ...

5.3 Les dispositifs institutionnels : peu étudiés et probablement insuffisamment développés

La revue bibliographique n'a pas eu pour objectif la recension des travaux faisant l'état des lieux des organisations visant la prévention et la prise en charge de la violence en hospitalisation psychiatrique. Cependant, la notion de « pratiques professionnelles » ayant été entendue dans un sens large, les données portant sur les dispositifs institutionnels ont été analysées. Il semble que les études sur ce thème soient rares, même si une recherche documentaire spécifique devrait être menée.

- Seules trois études incluses dans cette revue portent spécifiquement sur ce thème ; aucune ne permet de connaître la situation française ; elles sont brièvement présentées.
- Les expériences françaises ne sont connues qu'au travers des documents internes fournis par plusieurs établissements de santé français au groupe de travail *via* le réseau Ascodocpsy. Une analyse documentaire complétée par des entretiens a été conduite par un sous-groupe qui a établi la synthèse située en annexe de ce chapitre.
- Certaines études, en particulier les enquêtes auprès des professionnels, comportent des données sur les organisations, telles qu'elles sont perçues par les professionnels de terrain. Ces enquêtes suggèrent notamment que la prise en charge institutionnelle des victimes de violence est insuffisante.

► Etudes descriptives sur les organisations mises en place dans les établissements (Royaume-Uni, Allemagne, Canada)

Trois études fournissent quelques données déclaratives ou données de perception sur les organisations mises en place dans les établissements de santé pour prévenir et prendre en charge la violence en hospitalisation psychiatrique :

- un chapitre de l'ouvrage *Violence in mental health settings* paru en 2006 et faisant la synthèse des connaissances et des recommandations sur les dispositifs institutionnels (187) ; l'état des lieux mentionne deux études en particulier⁶⁰ ;
- une enquête par questionnaire menée entre 2004 et 2006 auprès de 124 cadres de 82 unités psychiatriques en Suisse, 22 unités en Allemagne et 20 unités en Grande-Bretagne (188) ;
- une enquête auprès de 19 « personnes-ressources » universitaires ou acteurs de terrain sollicités pour faire un état des lieux de la gestion des risques dans les établissements et services psychiatriques au Canada (189).

Ces deux enquêtes et cette synthèse montrent l'extrême variabilité entre pays, mais aussi entre établissements et entre services, des dispositifs mis en place dans les services, en particulier :

- les politiques concernant l'ouverture et la fermeture des portes de l'unité ;
- les politiques concernant les objets interdits dans l'unité ;
- la présence dans les unités de chambres d'isolement et de dispositifs de contention mécanique ;
- les systèmes d'alerte et d'équipement de sécurité ;

⁶⁰ Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales S, Guy S, *et al.* Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(4):427-33 ; Cowman S, Walsh J. Safety and security in psychiatric acute admission wards. *Nursing Times Res* 2004;9(3):185-93.

- ▶ les procédures et outils pour une évaluation du risque de violence et du risque suicidaire chez chaque patient, ainsi que pour les inventaires d'entrée ;
- ▶ l'organisation des équipes de renfort et le rôle des équipes de sécurité ;
- ▶ la déclaration des événements indésirables et des mesures de restriction de liberté ;
- ▶ la mise à disposition de recommandations de bonne pratique et de formations à la prévention et à la gestion des moments de violence.

L'état des lieux sur la gestion des risques en psychiatrie, réalisé en 2010 au Canada, montre que les concepts et les démarches ne sont pas encore stabilisés, et la place du « risque violence » en psychiatrie reste à définir, au plan conceptuel comme au plan opérationnel (189).

▶ Les enquêtes auprès des professionnels et des patients : des dispositifs institutionnels d'accompagnement des victimes perçus comme insuffisants

On trouve peu de données sur les dispositifs institutionnels dans les études fondées sur des enquêtes quantitatives ou qualitatives auprès des professionnels, signalant sans doute le rôle prééminent des pratiques informelles dans la prévention et la gestion de la violence. De manière récurrente cependant, l'absence ou la faiblesse des réponses et du suivi institutionnel des incidents violents sont soulignés.

Même si certains dispositifs d'accompagnement des professionnels de psychiatrie, victimes de violences, sont mentionnés dans la littérature, par exemple *the Assaulted Staff Action Program (ASAP)* (190), plusieurs études mettent en évidence le manque d'accompagnement institutionnel des victimes, mais aussi des auteurs d'agression et des témoins (51, 76, 87, 89, 102, 106, 144, 156, 160, 176).

Par exemple :

- une enquête par questionnaire, auprès de 74 psychiatres et 301 infirmiers d'unités psychiatriques en Angleterre, publiée en 1999 (102), montre que :
 - ▶ près de 70 % des psychiatres et près de 85 % des infirmiers ressentent le besoin d'être soutenu après un incident violent, même lorsque cet incident n'a pas entraîné d'atteinte physique ;
 - ▶ 50 % des infirmiers disent avoir reçu un soutien après avoir été victime de violences verbales ou physiques de la part d'un patient, et seulement 27 % des psychiatres ;
 - ▶ ce soutien est essentiellement apporté par les collègues de l'équipe (85 %) et dans une moindre mesure par la hiérarchie (46 %).

Les auteurs concluent :

« Bien que toutes les personnes qui ont vécu un incident violent ne souhaitent pas recevoir un soutien de leur hiérarchie ou de leur collègues, cette possibilité devrait être offerte pour ceux qui le souhaitent et n'ont pas forcément la possibilité de se tourner vers des ressources à l'extérieur. Avoir un soutien de qualité peut être perçu par les professionnels comme la marque de la considération que l'institution leur porte. Plus encore, cette étude a montré qu'un soutien était nécessaire, même lorsque l'incident n'impliquait pas d'atteinte physique (...). Le soutien devrait donc être étendu aux professionnels exposés à différentes formes de violence » (102).

- L'ouvrage de Madeleine Monceau *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité* (51) se fonde sur une enquête de terrain comprenant plusieurs volets, dont un ensemble d'entretiens collectifs et individuels auprès de 22 infirmiers d'unités d'hospitalisation d'un hôpital public de psychiatrie en France. Cette enquête montre notamment que les victimes d'agression ont l'impression d'un manque de reconnaissance de leur souffrance par l'équipe, et par l'institution. Certains regrettent l'absence de discussion collective et sont heurtés par ce qu'ils ressentent comme des attitudes d'évitement de la part de collègues et de la froideur de la part des acteurs administratifs. Les suites d'une agression grave sont souvent vécues par les victimes comme « autant de répétitions d'une scène d'indifférence (...) ». L'incident, une fois les formalités administratives remplies, perd beaucoup de sa dimension professionnelle, devenant presque une affaire personnelle, d'où un vécu d'abandon, de solitude, de soutien non reçu » (51). Madeleine Monceau souligne l'absence complète de reprise et d'analyse, au niveau institutionnel, des 52 incidents investigués dans son enquête, ainsi que la variation des pratiques entre services en matière de reprise collective au sein des équipes (51).

- Une enquête qualitative par entretien collectif, auprès de patients ayant été victimes, auteurs ou témoins de violence en hospitalisation, met en évidence qu'aucune prise en charge des conséquences psychologiques des incidents violents chez ces patients n'a été mise en œuvre (160).
« [plusieurs études montrent que] la majorité des professionnels qui ont été témoins d'un incident violent impliquant un collègue ressentent un sentiment de détresse similaire à celui de la victime. Les effets de l'expérience de victime ou de témoin de violence n'a pas été étudiée de manière systématique au sein de la population des patients hospitalisés en psychiatrie. Des programmes spécifiques existent pour les professionnels victimes et ont montré leurs effets bénéfiques. Il serait utile de développer de tels programmes pour les usagers (...) » (160).

5.4 Annexe : repérage de démarches institutionnelles de prévention de la violence dans les établissements de psychiatrie en France

► Contexte et objectif : cerner les démarches des établissements français

Dans le cadre du groupe de travail « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie », une enquête a été conduite afin :

- de repérer des exemples de démarches formalisées, développées dans des établissements de psychiatrie en France pour traiter la question de la violence à un niveau institutionnel ;
- d'éclairer le groupe de travail dans son élaboration de repères pour la mise en place de démarches institutionnelles visant à mieux prévenir et accompagner les situations de violence en psychiatrie.

Cette enquête a montré l'antériorité et la richesse de la réflexion et des actions des professionnels de nombre d'établissements français dans ce domaine. Elle est très partielle puisqu'elle n'a concerné que 9 établissements, aucune source d'information de niveau national ne permettant de disposer d'une vue d'ensemble des actions menées dans les établissements français. Cette enquête a alimenté la réflexion autour de l'élaboration du guide « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie » et elle a paru revêtir un intérêt en soi, justifiant une restitution spécifique.

► Méthode : dans 9 établissements de psychiatrie et santé mentale, une étude documentaire complétée par des entretiens

L'enquête a concerné neuf établissements :

- 8 établissements publics de santé mentale (EPSM) et 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) en psychiatrie,
- 1 établissement en Alsace, 1 établissement en Auvergne, 1 établissement en région Midi-Pyrénées, 1 établissement en région Nord-Pas-de-Calais, 3 établissements de la région parisienne, et 2 établissements en Rhône-Alpes.

Les établissements ont été identifiés soit au travers de la littérature disponible, soit par des membres du groupe de travail, soit au travers des documents collectés par Ascodocpsy auprès des établissements de son réseau. Il était recherché des exemples de démarches formalisées, déployées au niveau institutionnel, portant spécifiquement sur la question de la violence en psychiatrie. Quelques publications ont été utilisées (191-193).

Pour chaque établissement, une fiche a été établie à partir de la documentation disponible, de l'expérience des membres du groupe de travail, et d'entretiens complémentaires.

5 réunions téléphoniques d'un sous-groupe ont orienté le travail d'analyse et de synthèse. Les expériences examinées ont des dénominations différentes, 5 d'entre elles étant des « observatoires locaux de la violence ». L'historique de ces démarches est diversifié puisque les 2 plus anciennes ont été initiées en 1998 et la plus récente en 2013. Il est néanmoins apparu qu'il existait une grande convergence de ces expériences. Le travail s'est donc orienté vers une présentation synthétique.

► Résultats : le développement d'une « culture du partage et de la réflexion collective » (Chaltiel) (191) sur la violence en psychiatrie

→ A l'origine : une question ancienne de « philosophie du soin » en psychiatrie rencontre les démarches de gestion des risques, et celles de santé et sécurité au travail

L'étude documentaire et les entretiens font apparaître un contexte de création des démarches caractérisé par la rencontre de trois champs différents :

- une interrogation sur la violence, née de la perception de certains acteurs d'une fragilisation des identités professionnelles, interrogation que ces acteurs souhaitent inscrire dans la tradition humaniste de la psychiatrie française (a) ;
- les approches issues de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (b) ;
- celles du champ de la santé et de la sécurité au travail (c).

(a) Les personnes interrogées et les documents consultés relient leurs démarches au contexte de remaniement des identités professionnelles en psychiatrie impactées par des évolutions de longue durée.

- Le mouvement de désinstitutionnalisation et de reconnaissance de la citoyenneté et des droits des patients.
- La réduction du nombre de lits d'hospitalisation et la baisse des effectifs, et un contexte où la question des moyens et des ressources prend une place grandissante.
- Les évolutions de la formation, notamment de la formation infirmière.
- La perception d'une « modification du profil symptomatologique d'un certain nombre de patients s'exprimant préférentiellement de manière agressive ou violente » (15).

Ces évolutions, dont certaines sont reconnues comme un progrès considérable, sont, selon les personnes interrogées et les documents consultés, néanmoins concomitants d'une fragilisation de l'identité soignante. Cette fragilisation a été décrite par Madeleine Monceau dans son ouvrage *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité* (51). Selon elle, la « fonction de régulation » assurée en services de psychiatrie, principalement par les infirmiers, ne trouve plus sa place dans les valeurs actuelles des métiers de la psychiatrie. Elle devient l'« un des rares registres d'activité infirmière laissée sans cadrage ». La violence est, selon elle, devenue un « impensé » de l'institution psychiatrique, laissant souvent les victimes dans l'isolement. Les démarches étudiées sont nées de la volonté des professionnels de réinstaurer la question de la violence comme question fondamentale de la philosophie du soin en psychiatrie et du souhait que cette question soit prise en charge au niveau de l'institution.

(b) Les démarches de gestion des risques et d'amélioration de la qualité qui se diffusaient progressivement dans les établissements de santé au cours des années 1990 et 2000 ont fourni des repères qui ont paru pertinents aux acteurs de la psychiatrie. La proposition d'un dispositif visant la mise en place de dynamiques d'apprentissage collectif, au travers d'une analyse pluridisciplinaire des incidents, a été reprise, adaptée et située au cœur de toutes les expériences étudiées.

(c) Les politiques de santé et de sécurité au travail ont constitué une troisième source de définition du cadre d'action des démarches étudiées. Les établissements psychiatriques comme les autres organisations ont été affectés par de multiples transformations du travail : intensification et parcellisation du travail, accélération des transformations organisationnelles, prédominance des impératifs financiers, multiplication des situations d'injonctions paradoxales, en particulier au niveau du management de proximité⁶¹... Les études disponibles sur les conditions de travail dans le secteur de la santé mettent en évidence une surexposition aux contraintes organisationnelles et à de nombreux facteurs de risque. La violence des publics accueillis dans les établissements de santé en fait partie (63)⁶². Les acteurs locaux de la santé et de la sécurité au travail, dans les

⁶¹ Askenazy P, Cartron D, de Coninck F, Gollac M. Organisation et intensité du travail. Toulouse: Octarès; 2006.

⁶² Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé. Actes du séminaire du 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

établissements de l'enquête, se sont mobilisés pour répondre à cet enjeu, en s'appuyant souvent sur les cadres définis au plan national⁶³.

Selon les établissements et l'histoire de la démarche, l'une ou l'autre source peut être au premier plan, mais toujours un équilibre est trouvé entre : la clinique psychiatrique, la gestion des risques, la réflexion sur les situations de travail.

Toujours, les acteurs et les documents soulignent aussi le contexte de tensions budgétaires, de difficultés démographiques et d'inflation normative qui pèse sur l'action des professionnels.

→ Les acteurs, les dispositifs mis en place et leurs objectifs

Des démarches souhaitées par le « terrain »

Toutes les expériences étudiées ont pris appui sur une forte demande des professionnels des établissements. Certains acteurs ont pu être plus particulièrement moteurs : un médecin, un médecin du travail, un ingénieur qualité et gestion des risques... Souvent, un groupe de travail composé de plusieurs professionnels a initié la construction d'un projet. Dans deux cas, l'initiative a eu pour origine le projet commun d'une unité d'hospitalisation particulièrement touchée par les situations de violence et du responsable qualité et gestion des risques/préventeur de l'établissement.

L'implication des instances et des directions

Même si les démarches sont nées en réponse à des attentes des professionnels des services de soin, les projets ont été repris au niveau institutionnel et l'implication de plusieurs instances est mentionnée, en particulier : la Commission médicale d'établissement (CME), la Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques (CSIRMT) et le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Les directions générales ont apporté un soutien en donnant un statut et une visibilité institutionnels aux démarches.

Les objectifs

- Objectiver les phénomènes de violence dans l'établissement
- Réaliser une analyse des incidents violents en les appréhendant comme des problèmes collectifs en lien avec les pratiques professionnelles
- Proposer et mettre en œuvre des adaptations des organisations existantes et des actions de prévention de la violence, en particulier des actions de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles
- Parfois : proposer un accompagnement des professionnels et des équipes confrontées à la violence tant sur le plan matériel que psychologique en complément des dispositifs existants.

Au-delà des objectifs, les documents analysés et les acteurs interrogés soulignent l'ambition de ces dispositifs : développer une culture de la réflexion collective autour des événements violents en psychiatrie pour assurer aux patients et aux professionnels un environnement sécurisant et respectueux de la dignité et des libertés.

Les dispositifs mis en place

Dans 6 cas, l'intitulé « observatoire de la violence » a été choisi, les principes de fonctionnement étant similaires dans les 3 autres établissements.

Un groupe assure le pilotage global de la démarche : il comporte généralement des représentants de la direction générale, du service qualité, des instances de l'établissement, de la médecine du travail, des représentants du service de sécurité et une représentation des professionnels des services de soin⁶⁴ (médecins, infirmiers, psychologues, aide-soignant, agent des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)). Dans deux établissements de l'enquête, des représentants des usagers ont été associés.

⁶³ Notamment la circulaire N°DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence, qui rappelle les mesures législatives assurant la protection due aux agents par l'employeur, encourage l'élaboration d'un projet de prévention et d'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier. La création d'un Observatoire national des violences en milieu hospitalier en 2005 a aussi été citée comme un levier d'action.

⁶⁴ selon le cas, élus par leurs pairs, recrutés par appel à candidature ou par cooptation.

Dans certains cas, ce groupe est un « observatoire de la violence » dans d'autres, il assume d'autres fonctions (par ex. : cellule de gestion des risques de l'établissement).

Ce groupe, qui se réunit régulièrement (réunion mensuelle, trimestrielle...) :

- réalise des analyses pluridisciplinaires des situations de violence intervenues dans l'établissement ;
- établit des bilans qui portent sur les situations de violence, les résultats des analyses, le suivi des actions menées et formulent des recommandations ;
- oriente et suit les actions d'amélioration ;
- développe des réflexions thématiques incluant parfois des expertises externes.

Dans les établissements de grande taille, des acteurs ou des groupes plus opérationnels ont été identifiés pour animer la démarche, préparer les réunions de pilotage, suivre les actions. Il s'agit des responsables qualité lorsque la démarche est d'emblée inscrite dans le programme qualité et gestion des risques. Dans plusieurs expériences d'observatoires locaux de la violence, un binôme cadre de santé/médecin a été désigné, assurant une légitimité professionnelle aux démarches. Lorsqu'ils n'existaient pas, des liens se sont développés avec la direction qualité capable de fournir l'infrastructure nécessaire aux actions. Dans l'un des cas examinés, la taille de l'établissement a nécessité la formalisation des liens avec les services cliniques par la création de cellules locales dans les secteurs.

Les réalisations

La construction de dispositifs de recueil et d'analyse des incidents violents

Le point commun de l'ensemble des expériences étudiées est le souci d'appréhender la réalité des situations de violence au sein des organisations. Cette préoccupation a conduit à la définition d'outils de recueil, spécifiques aux événements violents, prenant la forme d'une fiche spécifique, articulée avec la fiche « générique » d'événement indésirable.

S'il n'existe pas de fiche standardisée, les thèmes sont convergents :

- description de l'événement (signes précurseurs, déroulement, temps et lieu, durée, nature de la violence) ;
- caractéristiques des déclarants/victimes ;
- caractéristiques du service (nombre, service ouvert ou fermé...) ;
- caractéristiques de l'agresseur ;
- conséquences physiques et psychologiques pour la victime ;
- gestion de l'incident ;
- première analyse des facteurs.

Une place importante est faite aux commentaires libres, à la restitution du ressenti.

Le souhait de mieux comprendre les événements violents est un autre point de convergence. Des méthodes issues de la gestion des risques tel que l'*Association of Litigation And Risk Management* (ALARM)⁶⁵ sont mobilisées dans un cadre pluridisciplinaire, au même titre que des grilles d'analyse influencées par la tradition psychiatrique française (analyse des dynamiques et contre-dynamiques collectives dans un cadre institutionnel). La lecture des rapports et des différents écrits fait apparaître la richesse des analyses et des réflexions conduites dans le cadre de ces démarches.

La clarification et la consolidation des responsabilités et des organisations de sécurité

Les résultats des analyses ont pu montrer que les dispositifs de sécurité nécessitaient d'être renforcés et clarifiés, afin de faire face aux situations d'urgence. Ce constat a pu donner lieu à la mise en place de protocoles d'intervention des équipes de sécurité définissant plus précisément leur rôle dans les situations de violence.

La mise en place d'actions de développement professionnel continu (évaluation des pratiques professionnelles et actions de formation)

Le besoin de formation des soignants à la prévention et à la gestion de la violence et de réflexion sur les pratiques professionnelles est un constat partagé au sein des établissements de l'enquête :

⁶⁵ ALARM : approche systémique des causes, identification des causes latentes/racines.

- les démarches examinées donnent souvent lieu ou sont étroitement articulées à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur le recours à la contention et à l'isolement. Dans l'un des établissements de l'enquête, une unité a conçu et expérimenté un Comité de retour d'expérience (CREX) en équipe, ayant vocation à être généralisé à l'ensemble de l'établissement ;
- le déploiement d'actions de formation destinées à l'ensemble des professionnels constitue l'une des actions les plus fréquentes. Ces actions concernent la prévention et la gestion de la violence, mais peuvent aussi porter sur l'éthique du soin.

Des actions de sensibilisation : information des professionnels, réflexions éthiques thématiques, ouverture sur l'expertise externe et développement du partage d'expériences

L'ambition de ces démarches est aussi de favoriser une « mise en débat » de la question de la violence au niveau de l'institution. Cette ambition peut s'incarner de différentes façons :

- actions d'information *via* les journaux internes des établissements ;
- visites de risques⁶⁶ ;
- information sur le processus d'accompagnement institutionnel d'agent victime d'acte de violence dans une plaquette diffusée à tous les professionnels et intégrés au livret d'accueil des nouveaux arrivants ;
- mise en place de liens avec la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC) et/ou le comité d'éthique ;
- organisation de réunions thématiques ;
- organisation de journées de colloque avec appel à des expertises externes, issues de disciplines différentes ;
- rencontres et partage d'expériences avec d'autres établissements.

Les interventions auprès des victimes

Les observatoires locaux de la violence prévoient la possibilité d'entretiens avec les victimes, si elles le souhaitent et de manière complémentaire aux autres démarches. L'un des observatoires avait créé un « groupe ressource » susceptible d'intervenir auprès des équipes particulièrement affectées par un événement violent.

Dans le cadre d'une démarche sur les risques professionnels, l'un des établissements a établi un processus d'accompagnement institutionnel d'agent victime d'acte de violence et formé l'ensemble du personnel.

Quatre processus ont été identifiés et formalisés pour la prise en charge d'un agent victime d'un sinistre sur son véhicule personnel, d'un agent victime d'éléments portant atteinte à son intégrité physique et/ou psychique, d'un agent victime de vol, d'un agent victime de dégradation sur ses biens personnels.

Les limites et les freins rencontrés

Les entretiens et les documents de l'étude font apparaître l'existence de certaines limites et de certains freins à ces démarches, reconnus par les acteurs eux-mêmes :

- les démarches examinées, comme bien d'autres, tiennent à l'engagement personnel d'un petit nombre d'individus ;
- les professionnels ne disposent pas toujours de la disponibilité nécessaire pour mener les actions d'amélioration identifiées ;
- les démarches peuvent se heurter au cloisonnement des services ;
- il existe un risque de « captation » par une catégorie d'acteurs au détriment de la logique collective ;
- après des premières années d'enthousiasme, d'adhésion forte des professionnels, les acteurs font souvent état d'un certain essoufflement. Il peut se traduire par une rigidification de la démarche, vécue par certains professionnels comme une exigence administrative supplémentaire ;
- la possibilité d'entretiens individuels est assez peu utilisée, montrant la nécessité de préciser la fonction de ces entretiens ;

⁶⁶issue des domaines de l'assurance et de l'industrie, la visite de risques est introduite dans l'établissement de santé comme méthode de repérage et d'évaluation de risques latents. Cette méthode *a priori* combine plusieurs modes de recueil de données (utilisation d'un référentiel, interview, visite sur site et observation). Elle favorise la communication entre professionnels, la recherche de solutions pragmatiques susceptibles de mise en œuvre rapide et le développement de la culture de sécurité (194).

- la faible implication de la communauté médicale, même si des médecins font partie des « porteurs » des démarches est soulignée par tous ;
- même lorsqu'une définition très large de la violence a été adoptée, les démarches sont restées centrées sur le vécu des professionnels et le point de vue des usagers est encore peu représenté. Certaines démarches ont identifié ce point d'amélioration et s'efforcent d'évoluer, afin de mieux prendre en compte le point de vue des patients et de leurs représentants.

6. Quelles sont les bonnes pratiques et les dispositifs d'amélioration pour la prévention et la prise en charge des moments de violence des patients en service de psychiatrie ?

Le chapitre n°6 présente :

- les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles en matière de prévention et de prise en charge de la violence en hospitalisation psychiatrique, telles qu'elles apparaissent dans la littérature et les recommandations françaises et internationales ;
- les dispositifs de formation ;
- les stratégies d'amélioration des pratiques et des organisations qui soutiennent la diffusion de ces bonnes pratiques, ainsi que les données sur leur impact.

Les études et les recommandations de bonne pratique examinées dans ce chapitre font apparaître que :

- des bonnes pratiques ont été établies pour la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie, à trois moments correspondant à trois types de prévention :
 - ▶ **l'accueil et la prévention primaire des moments de violence** : l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique (2) a montré l'importance d'intégrer aux pratiques des unités une évaluation du risque de violence dans un cadre pluriprofessionnel, et si possible avec l'implication du patient. La mise en place d'un cadre bienveillant et respectueux des droits est un élément nécessaire d'une stratégie de prévention primaire de la violence ;
 - ▶ **la prévention secondaire** : les recommandations mettent l'accent sur l'importance de développer des interventions précoces permettant de désamorcer les tensions et de limiter le recours à la contention et à l'isolement : les techniques verbales de désamorçage et les espaces d'apaisement en font partie. Des réponses médicamenteuses peuvent être apportées et certains principes encadrent leur prescription et leur administration. Des bonnes pratiques relatives aux agents pharmacologiques seraient à établir. Le recours à la contention ou à l'isolement ne peut intervenir qu'en dernier recours et les recommandations soulignent la nécessité de mettre en place une politique institutionnelle de réduction du recours à ces pratiques⁶⁷ ;
 - ▶ **la prévention tertiaire et les démarches à mettre en place après un incident** : des démarches sont à mettre en place après un incident, auprès des patients, au sein des équipes et au niveau institutionnel pour accompagner les personnes, organiser la réflexion sur l'événement et les actions d'amélioration nécessaires pour mieux prévenir la violence.
- Les deux dernières décennies ont vu le développement d'un grand nombre de programmes de formation à la prévention et à la gestion de la violence destinés aux professionnels des établissements psychiatriques. Les contenus des formations sont hétérogènes, certains ne reflètent que partiellement les bonnes pratiques établies. Les recommandations existantes permettent de dégager les grandes lignes d'un « cahier des charges » pour le développement de ces formations.
- Les études ne mettant en évidence qu'un impact limité des formations sur les pratiques et les résultats, les efforts se sont récemment orientés vers le développement de programmes d'amélioration apportant une réponse globale au problème de la violence en hospitalisation psychiatrique.
 - ▶ Deux modèles de stratégie d'amélioration ont fait l'objet d'études expérimentales montrant un impact positif. Il s'agit de deux expériences très différentes :
 - les *6 core strategies* de la *National Association of State Mental Health Program Directors* (NASMHPD) : une stratégie de changement au niveau de l'établissement (196),
 - *Safewards* : un set de 10 interventions infirmières à déployer au sein d'une équipe (197).

⁶⁷ Une revue de la littérature sur la contention et l'isolement sera publiée dans le cadre des travaux de la HAS sur le recours à l'isolement et à la contention et complètera les éléments restitués ici (195).

Le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* a publié des recommandations de bonne pratique en mai 2015 sur la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings* (3). Ces recommandations, établies à partir d'une revue systématique et actualisée de la littérature, constituent une référence essentielle. On s'y rapportera tout au long de ce chapitre.

6.1 Moments de violence en hospitalisation psychiatrique : prévention primaire, secondaire et tertiaire

► La prévention primaire

- Les recommandations françaises et internationales les plus récentes, l'audition publique de 2011 de la HAS (2) et la recommandation du NICE (3) soulignent la nécessité, dans une perspective de prévention, d'intégrer l'évaluation du risque de violence dans la pratique quotidienne. Certains outils peuvent fournir des appuis utiles à une démarche clinique et au travail de l'équipe pluridisciplinaire.
- Les recommandations indiquent que cette évaluation doit s'inscrire dans une stratégie plus générale de prévention primaire qui concerne tous les aspects de l'accueil et met au premier plan les droits des patients et la bientraitance.
- La construction d'une alliance thérapeutique durable et l'implication du patient dans sa prise en charge sont mentionnées comme des facteurs de prévention des moments de violence. Plusieurs expériences et travaux ont mis en lumière l'intérêt d'outils spécifiques permettant au patient de participer à la prévention de ses moments de violence, à la reconnaissance des signes précurseurs et à l'établissement de stratégies pour prendre en charge les moments de tension. Dans certains pays, ces outils peuvent prendre la forme de « directives anticipées » psychiatriques (198).

→ L'accueil du patient : respect des droits et bientraitance

Les recommandations françaises et internationales actuelles reconnaissent et soulignent l'importance du contexte général de la prise en charge pour la prévention de la violence en hospitalisation psychiatrique.

Certaines recommandations du NICE (3) soulignent l'importance, pour prévenir la violence, de favoriser la mise en place d'organisations « bientraitantes » en poursuivant, en particulier, les objectifs suivants :

- améliorer l'expérience des patients hospitalisés, notamment en veillant au respect de la dignité et des droits des patients et en luttant contre la stigmatisation ;
- impliquer les patients dans leur prise en charge ;
- limiter le recours à la contention et à l'isolement dans le cadre d'une politique globale de réduction des mesures de restriction de liberté ;
- proposer aux patients un suivi psychothérapeutique approprié, des activités physiques et des activités récréatives, ainsi qu'une aide en cas de difficultés de communication ;
- identifier et traiter les motifs de conflit et de malentendu entre patients, prévenir le harcèlement entre patients hospitalisés ;
- reconnaître la maladie et ses symptômes, ainsi que l'impact potentiel des conditions d'hospitalisation sur les patients ;
- prendre en compte les événements de vie (conflits familiaux, difficultés financières...) qui peuvent influencer le comportement du patient.

Cette préoccupation éthique est aussi celle des recommandations de l'audition publique de 2011 de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (2) qui préconise notamment de :

- considérer le sujet dans son histoire et dans son environnement de façon dynamique (recommandation n°37 et suivantes) ;
- intégrer une réflexion éthique aux démarches de prise en charge des patients présentant un risque de violence, afin de favoriser un « questionnement serein et une distanciation indispensable compte-tenu

de l'importance des émotions et des contre-attitudes désorganisantes pour l'équipe soignante » (recommandation n° 38) ;

- prévoir une organisation de l'espace adaptée, favorisant le respect de l'intimité. Favoriser l'écoute soignante, une application à la fois cohérente et flexible des règles, afin de repérer et prévenir « les situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de violence intra-institutionnelle » (recommandation n°60).

→ L'évaluation du risque de violence : principes et outils

Plusieurs publications proposent des synthèses des connaissances et des bonnes pratiques sur la question de l'évaluation du risque de violence et de sa place dans le travail de l'équipe pluridisciplinaire en hospitalisation psychiatrique (3, 91, 115, 199-201).

L'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

En France, l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique a réalisé la synthèse de la littérature et établi les bonnes pratiques dans ce domaine (2).

- L'audition publique de 2011 de la HAS a ainsi établi les principes d'une démarche d'évaluation du risque de violence. Ils sont cohérents avec les récentes recommandations du NICE :
 - ▶ la gestion du risque fait partie intégrante de la pratique de la médecine et les professionnels de santé ont le devoir de s'efforcer de protéger les patients, qu'ils soient auteurs ou victimes, ainsi que les tiers contre le risque de violence ;
 - ▶ une évaluation du risque de violence à l'admission et pendant toute la durée du séjour en unité psychiatrique est nécessaire à la prévention de la violence. C'est un préalable à la mise en place d'un cadre thérapeutique et un aspect de la réduction du recours à des mesures restrictives ;
 - ▶ la violence est abordée comme un élément de l'histoire évolutive des troubles cliniques dans le cadre d'évaluations qui appréhendent l'histoire de la maladie et l'état mental et somatique du patient ;
 - ▶ l'évaluation du risque de violence s'inscrit dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire incluant des procédures de transmission d'information, des lieux d'échanges et de réflexion et des actions de formation en équipe ;
 - ▶ l'évaluation portera en particulier sur la recherche :
 - d'antécédents de violence agie ou subie ;
 - d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives ;
 - de traits de personnalité antisociale ;
 - de troubles neuropsychologiques ;
 - d'éventuelles ruptures de soins dans le parcours.

L'évaluation appréhendera aussi la symptomatologie actuelle, le niveau de conscience des troubles et l'attitude vis-à-vis des soins ;

- ▶ l'utilisation d'outils d'évaluation peut avoir un intérêt et contribuer à la rigueur de l'évaluation, mais elle est à envisager en complément des entretiens cliniques et elle doit être intégrée à l'évaluation pratiquée par l'équipe soignante. Il n'y a pas de facteur prédictif absolu et les seuils chiffrés proposés dans certains outils n'ont pas à être pris en compte.
- L'audition publique de 2011 de la HAS a réalisé une synthèse des travaux sur les différents instruments d'évaluation du risque de violence⁶⁸, afin de définir le cadre de leur juste utilisation :
 - ▶ l'audition publique a évalué l'intérêt de deux types d'outils proposés pour soutenir l'évaluation clinique du risque de violence (202) :
 - les échelles actuarielles : « les échelles actuarielles ont été développées à partir d'analyses statistiques mettant en évidence des facteurs corrélés le plus fortement au risque de violence. Ces échelles permettent une évaluation chiffrée du risque de violence, basée sur la combinaison d'un petit nombre de variables. Elles ne permettent pas de pondération des facteurs en fonction de l'évaluation du clinicien ou en fonction de l'évolution d'un individu » (2) ;
 - les outils de jugement clinique structuré : « à la différence des outils actuariels et de l'approche objectiviste, qui sont contraints à une certaine simplification, les outils de ju-

⁶⁸ Elles ne seront pas détaillées ici – cf. synthèse bibliographique de l'audition publique de la HAS 2011 (2), en particulier la présentation des instruments d'évaluation rapide en milieu hospitalier : *Violence Screening Checklist* (VSC), dépistage rapide de Hartvig, instrument de Wooton, V-RISK-10, la « M55 », démarche d'évaluation des progrès cliniques.

gement clinique structuré sont centrés sur la personne, avec ses caractéristiques propres, dans un environnement particulier. Ils prennent en compte le fait que les connaissances sur les facteurs de risque ont évolué au fil du temps » (...) les instruments de jugement clinique structuré gardent un rôle au clinicien dans l'évaluation. Ils prennent en compte à la fois les facteurs statiques (aspects sur lesquels le clinicien ne peut intervenir directement, comme les antécédents de violence, le sexe, l'âge, l'échec scolaire à l'école élémentaire, la dissociation du couple parental avant l'âge de 12 ans, etc.), mais aussi les facteurs cliniques (symptomatologie clinique, capacité d'*insight*, adhésion au traitement, amélioration avec le traitement, etc.) et des facteurs liés à la gestion du risque (soutien social, profession, événements de vie stressants) » (2) ;

- pour ces raisons, il est recommandé aux cliniciens et aux équipes qui souhaiteraient utiliser un instrument d'évaluation du risque de violence, de privilégier les outils de jugement clinique structuré. Les recommandations citent l'outil HCR-20 (203) dont les items ont été traduits en français (cf. annexe de ce chapitre). Cependant, l'outil complet n'est pas disponible en français et il n'existe pas à l'heure actuelle de version validée en France.

Résultats d'études et recommandations postérieures à l'audition publique de la HAS de 2011

Les études et recommandations, postérieures à l'audition publique de 2011 de la HAS, confortent et complètent les recommandations issues de l'audition publique de la HAS de 2011 (2). On présente ici certains travaux qui prolongent ces recommandations et y apportent des compléments utiles.

Intérêt confirmé d'une approche en équipe

Un article paru en 2011 complète la synthèse bibliographique de l'audition publique, passant en revue les instruments permettant une évaluation rapide du risque de violence en milieu hospitalier, ainsi que les essais contrôlés randomisés déjà menés sur cette question (204).

Roland van de Sande *et al.* ont conduit un essai contrôlé randomisé (205) au sein de quatre unités de soins psychiatriques aigus sur une période de 40 semaines. 597 patients ont été inclus dans l'essai. L'intervention évaluée comportait plusieurs composantes :

- ▶ une évaluation quotidienne des patients par les infirmiers de l'équipe, au moyen de versions simplifiées d'échelles standardisées⁶⁹ (5 min) ;
- ▶ une évaluation hebdomadaire plus approfondie, au moyen de 3 échelles standardisées⁷⁰ (15 min) ;
- ▶ discussion en réunion pluridisciplinaire autour des résultats des évaluations ;
- ▶ intégration des enseignements des évaluations au projet thérapeutique et aux décisions cliniques.

L'analyse fait apparaître un effet de l'intervention sur la diminution du nombre d'incidents (réduction du risque relatif de 68%), du nombre de patients à l'origine d'incidents (réduction du risque relatif de 50%), du nombre d'heures passées en isolement (réduction du risque relatif de 45%), mais il ne semble pas y avoir d'effet sur le nombre de décisions d'isolement.

Si l'on convertit les résultats en nombre d'incidents violents, le taux d'incidents dans les unités expérimentales a chuté de 4.9 incidents par semaine en période d'observation (T0) à 1.7 incidents par semaine pendant la période où se déroulait l'intervention. Ce taux est resté équivalent dans les unités « contrôle ».

L'étude suggère l'intérêt d'une structuration des démarches d'équipe autour de l'évaluation du risque de violence, ainsi que celui d'une intégration, en routine, d'outils d'évaluation rapide dans les pratiques professionnelles en unité d'hospitalisation.

Outil d'évaluation à court terme du risque de violence : une version francophone

Certains outils d'évaluation du risque de violence portent plus spécifiquement sur les facteurs dynamiques de violence, dans la perspective d'une évaluation du risque de violence à court terme. Elles sont adaptées aux pratiques en unité d'hospitalisation. La *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA) est un exemple de grille de détection précoce du comportement violent (206).

⁶⁹ La *Broset Violence Checklist* et la *Kennedy-Axis V*.

⁷⁰ La *Kennedy-Axis 5* version longue, la *Brief Psychiatric Rating Scale*, et la *Social Dysfunction and Aggression Scale*. Sur ces différentes échelles, cf. synthèse bibliographique de l'audition publique de la HAS 2011 (2).

Cette grille comprend sept éléments : les attitudes négatives, l'impulsivité, l'irritabilité, les menaces verbales, la sensibilité à la provocation perçue, la facilité à être irrité suite à des refus, la difficulté à accepter des consignes.

Une équipe canadienne francophone a traduit cette échelle en français. Elle a été testée en milieu hospitalier francophone (207).

Les recommandations du NICE et l'approche « risk formulation »

Les recommandations du NICE publiées en mai 2015 (3) proposent des orientations cohérentes avec celles de l'audition publique de 2011 de la HAS. Elles soulignent, notamment, l'importance de ne pas fonder l'évaluation du risque exclusivement sur l'utilisation d'échelles dont la validité doit encore être renforcée et qui ne pourront jamais embrasser le phénomène de violence dans toute sa complexité.

Le NICE, à l'instar de la commission d'audition de 2011, souligne : « le but est-il de prédire la violence ou d'intervenir pour la prévenir ? Les deux objectifs appellent l'utilisation de deux types différents d'instruments ; le deuxième objectif oriente vers une approche de type « risk formulation » cherchant à identifier les facteurs qui peuvent amener à des moments de violence chez un patient en particulier, plutôt qu'à estimer la probabilité pour que cette personne soit violente dans le futur. Les professionnels devraient envisager d'adopter ce type d'approche (*formulation-based*) qui favorise la prévention et la gestion de la violence plutôt qu'une utilisation exclusive de méthodes de prédiction. »

Le *risk formulation* est une méthode d'évaluation du risque de violence permettant d'appréhender, pour un patient donné, les facteurs de risque de violence, les facteurs de protection et leurs interactions. L'approche a été notamment développée par Geraint Lewis et Michael Doyle (199).

Les 5 étapes du <i>risk formulation</i> d'après Lewis et Doyle, 2009 (199)	
<ul style="list-style-type: none"> Étape 1 : informations générales 	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents psychiatriques, personnels, familiaux État mental et fonctionnement à l'heure actuelle, évaluation de la personnalité, consommation d'alcool, de drogue
<ul style="list-style-type: none"> Étape 2 : facteurs de risques 	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents de violence : gravité, caractère récent, fréquence Facteurs prédisposants : problème de contrôle de la colère, de l'impulsivité, traits psychopathiques, antisociaux Facteurs cliniques : troubles de la régulation des affects, hostilité, paranoïa, abus de substance, manque d'<i>insight</i> Facteurs contextuels : soutien de l'entourage, insertion sociale, non observance des traitements, traumatismes
<ul style="list-style-type: none"> Étape 3 : facteurs de protection 	<ul style="list-style-type: none"> Réponse aux traitements Observance des traitements <i>Insight</i> Alliance thérapeutique, contacts réguliers avec les services Réseau social Absence d'intérêt ou de connaissance des moyens d'agression Inquiétude exprimée face à sa propre violence
<ul style="list-style-type: none"> Étape 4 : <i>risk formulation</i> Temps de synthèse sur les risques de violence 	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs prédisposants Facteurs déclenchants : imminence, probabilité, « signature » des passages à l'acte (<i>signature risk signs</i>) Facteurs et circonstances de réduction et d'exacerbation du risque
<ul style="list-style-type: none"> Étape 5 : projet de soins 	

→ L'implication du patient dans la prévention de la violence

Les recommandations de l'audition publique de 2011 de la HAS et les recommandations du NICE de 2015

Les recommandations de l'audition publique de la HAS de 2011 sur la dangerosité psychiatrique ont souligné la nécessité, dans une visée de prévention de la violence, de faire porter les efforts de l'équipe soignante sur la construction d'une alliance thérapeutique authentique et de qualité avec le patient (recommandation n°16) (2).

Il est recommandé d'associer le patient à l'évaluation du risque de violence et d'aborder systématiquement avec lui le thème de la violence lors d'un premier contact clinique (2) (recommandation n° 39).

Il est recommandé de s'adresser à la personne en lui demandant si elle a été elle-même victime d'actes violents, ce qui permet d'aborder plus facilement ensuite des questions telles que : « Cela vous arrive-t-il de vous emporter, dans quelles circonstances, avec qui, comment, par la suite le regrettez-vous ? ».

Ces mêmes principes sont mis en avant dans les recommandations du NICE (3). Les recommandations introduisent la notion de directives anticipées en psychiatrie qui n'ont pas à l'heure actuelle d'existence juridique en France :

5.7.1.6 « Rechercher l'implication du patient dans toutes les décisions sur sa prise en charge et élaborer les plans individualisés de soins ou de prévention du risque en collaboration avec lui. Si un patient ne peut ou ne veut participer à leur élaboration, réitérer auprès de lui la proposition de reprendre et réviser ces plans dès que cela est possible pour lui. Si le patient donne son accord, impliquer les proches. »

5.7.1.7 « Vérifier dès que possible si les patients ont établi des directives anticipées au sujet du recours à des mesures de restriction de liberté et si une « personne de confiance »⁷¹ a été désignée ; prendre en compte ces informations lors des décisions. »

Directives anticipées, décision partagée et démarches centrées sur le patient

Les directives anticipées en psychiatrie sont des instructions écrites, rédigées à l'avance par une personne, afin d'anticiper la situation où elle ne serait pas en mesure d'exprimer sa volonté. En France, ce dispositif est défini juridiquement pour les situations de fin de vie. Dans plusieurs pays, Etats-Unis (par état), Australie, Suisse, Grande-Bretagne, Pays-Bas, il existe des directives anticipées en psychiatrie qui permettent à un patient d'exprimer ses volontés sur sa prise en charge future, dans la perspective d'éventuelles décompensations qui le mettraient dans l'incapacité de donner son consentement (170, 198, 208, 209). Plusieurs termes sont utilisés recouvrant des dispositifs similaires, ayant néanmoins des statuts juridiques et des usages un peu différents : *advance directives*, *crisis card*, *joint crisis plan*. Il s'agit d'anticiper les futures hospitalisations et d'éviter la mise en place de soins sous contrainte. Mais d'autres aspects peuvent être abordés : souhaits et informations relatifs aux traitements médicamenteux ou aux éventuelles mesures de restriction de liberté.

Ce sujet n'entre pas dans le champ de cette bibliographie, qui concerne les publications portant spécifiquement sur le champ de l'hospitalisation. Une revue de la littérature récente est disponible en français : « Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives » par Elsa Maître *et al.* (198).

Il convient de mentionner aussi des démarches qui concernent l'ensemble du champ de la santé visant à mieux prendre en compte le point de vue et la volonté du patient dans l'organisation de la prise en charge et les décisions thérapeutiques. Cette participation renforcée du patient est un gage d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Même si elles ne concernent pas spécifiquement la question de la gestion de la violence en hospitalisation psychiatrique, elles sont indicatives de l'esprit dans lequel les outils, qui seront présentés dans la prochaine section, ont été construits. Certaines de ces démarches ont fait l'objet de publications de la HAS :

- la décision partagée : *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée »*, 2013 (210) ;

⁷¹ On choisit ici de traduire « decision-maker » par la notion juridique la plus proche dans le droit français, personne de confiance. Cependant, les deux notions ne se recoupent pas complètement.

- les démarches centrées sur le patient : *Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point ... organisation des parcours* », 2015 (211).

Deux dispositifs visant l'implication du patient dans la prévention de ses moments de violence en hospitalisation psychiatrique

Deux expériences, qui concernent plus spécifiquement la participation du patient à la prévention de la violence en hospitalisation psychiatrique et ayant fait l'objet d'une évaluation publiée, ont été identifiées.

Early Recognition Method (ERM) (125)

Frans Fluttert *et al.* ont développé un modèle de repérage précoce des signes d'alerte d'épisode de violence lié aux troubles mentaux sévères, *Early Recognition Method (ERM)*, qui met l'accent sur la participation du patient à ce repérage. Le modèle a été mis en œuvre en hospitalisation psychiatrique, dans des contextes très divers, y compris des services de psychiatrie générale, mais il a été évalué uniquement dans le cadre d'unités psychiatriques sécurisées de type pénitentiaire (125-127).

Frans Fluttert *et al.* partent du constat que les incidents violents sont très souvent précédés par des signes avant-coureurs (125)⁷² et que le repérage des signes précoces participe d'une stratégie de prévention de la violence. Ils mettent aussi en lumière l'intérêt d'associer le patient à l'identification de ces signes, souvent très personnels et idiosyncrasiques, et proposent un modèle pour faciliter cette participation. Le modèle comprend plusieurs étapes et outils :

- la première étape est celle de la sensibilisation des équipes soignantes et des patients de l'unité ;
- la deuxième étape est une phase d'inventaire où chaque patient est invité, avec l'aide de l'équipe et des membres de son entourage, à identifier les signes avant-coureurs les plus caractéristiques de la survenue d'une crise chez lui (« signature risk signs ») ;
- la troisième étape est une phase de *monitoring* : les patients apprennent à surveiller leur comportement et repèrent les stratégies efficaces d'apaisement ;
- la quatrième étape est la conception d'un plan de prévention sur-mesure, élaboré en concertation avec les soignants, le patient et son réseau social ; des réévaluations et des réajustements interviennent en continu.

Une étude observationnelle dans 16 unités sécurisées de type psychiatrie pénitentiaire a été conduite pour évaluer ce protocole (125). L'étude s'est déroulée sur une période de 30 mois et a concerné 168 patients adultes de sexe masculin. Un impact significatif a été montré sur :

- la diminution des mises en chambre d'isolement,
- la diminution de la sévérité et du nombre d'incidents violents.

Coping agreement questionnaire

David J. Hellerstein *et al.* ont testé, déployé et évalué une démarche globale visant à prévenir les mesures de contention et d'isolement (formation, interventions précoces...) au *New York State Psychiatric Institute*, un établissement public de psychiatrie au nord de New York (212). L'un des outils développés dans ce cadre est un questionnaire permettant de recueillir les préférences des patients dans la gestion de leur agitation et de leurs troubles du comportement. L'objectif est de favoriser l'implication du patient dans ses soins, afin de mieux prévenir les moments de perte de contrôle et de réduire le recours à la contention et à l'isolement.

Le questionnaire comprend 5 rubriques :

- les facteurs de risque et les circonstances déclenchantes des moments de violence ;
- la manière dont se manifestent ces pertes de contrôle ;
- les stratégies efficaces pour les aider à retrouver leur calme ;
- les recommandations de la famille pour la gestion des moments de violence ;
- les souhaits du patient relatifs aux interventions restrictives.

La démarche globale, visant à prévenir les mesures de contention et d'isolement, a été évaluée sur une période de 5 années. Les résultats ont été publiés en 2007. Un impact positif sur la diminution du nombre de patients isolés ou contenus, du nombre d'heures d'isolement et de contention, ainsi que de la fréquence des incidents et des fugues est mis en évidence (212).

⁷² Cf. chapitre 4.

Une étude descriptive spécifique sur ce questionnaire a été réalisée en 2008 auprès de 264 patients (213).

Le questionnaire est proposé dans des recommandations de bonnes pratiques infirmières au Canada (214).

Des exemples d'outils pour une prévention partagée avec le patient sont disponibles en français (24, 215).

Il y a encore peu d'études évaluant les effets de leur mise en œuvre et les études identifiées n'apportent pas de haut niveau de preuve, mais suggèrent l'existence d'un impact positif.

► La prévention secondaire

La prévention secondaire recouvre l'ensemble des interventions qui peuvent être mises en place dans les situations présentant un risque de violence imminente, ou les situations ayant déjà « escaladé » en violence manifeste.

Les recommandations et guides de bonne pratique identifiés soulignent tous la nécessité d'adopter des interventions justifiées par l'état clinique du patient et proportionnées au niveau de risque. Il y a ainsi une nécessaire gradation des interventions ; les interventions les plus « restrictives » au plan des droits ne pouvant être utilisées sans que d'autres stratégies moins restrictives n'aient été mises en œuvre auparavant (1, 3, 208, 214, 216-218).

Plusieurs stratégies et interventions ont été identifiées dans la littérature :

- les espaces d'apaisement ;
- les stratégies de désamorçage de situations à risque de violence ;
- les réponses médicamenteuses : les principes des conduites à tenir seront traités prioritairement. Il n'a pas été identifié de recommandations de bonne pratique qui apporte une réponse adaptée sur la question des agents pharmacologiques à utiliser : les recommandations françaises demandent à être actualisées (22) et certaines molécules évoquées dans les recommandations étrangères sont proscrites en France (3). Une revue de la littérature systématique et un travail d'élaboration de bonnes pratiques seraient à conduire sur les réponses médicamenteuses aux agitations et épisodes de violence en psychiatrie ;
les mesures de restriction de liberté : elles seront brièvement évoquées. Une revue de la littérature spécifique est en cours sur la contention et l'isolement dans le cadre de l'élaboration, par la HAS, de recommandations sur ces sujets. Elle fera l'état des lieux de la littérature internationale sur la contention et l'isolement et complètera donc sur ces points la revue bibliographique présentée ici.

→ Les espaces d'apaisement

Les recommandations issues de l'audition publique de 2011 de la HAS sur la dangerosité psychiatrique, ainsi que les recommandations du NICE de mai 2015 reconnaissent l'importance d'une réflexion sur l'environnement physique de l'unité, dans une stratégie de prévention et de gestion des moments de violence en hospitalisation psychiatrique (2, 3).

L'aménagement d'espaces d'apaisement constitue l'une des réponses architecturales au problème de la violence et peut être l'une des composantes d'une politique de services visant la mise en place d'interventions précoces permettant de prévenir la violence et le recours à la contention et à l'isolement. Il existe peu d'études d'évaluation consacrées à cette pratique d'aménagement de l'espace, en développement à l'heure actuelle en France et à l'étranger.

Un espace d'apaisement est un espace dédié (souvent, une pièce), spécialement aménagé, pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme, lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs). L'accès et la sortie de cet espace sont volontaires. L'utilisation de cet espace doit donc intervenir de manière très précoce, en amont de la crise, lorsque des tensions internes apparaissent, et que le patient estime qu'un temps en retrait lui permettra d'apaiser son anxiété et son agressivité.

L'espace d'apaisement apparaît ainsi, comme l'un des outils proposés aux patients pour apprendre à prévenir eux-mêmes la montée de la violence. Pour l'équipe, il s'inscrit dans une politique plus large de prévention de la violence et de réduction des mesures de contention et d'isolement.

Même si les données de preuve, sur l'impact de la mise en place d'espaces d'apaisement, sont encore peu nombreuses, les multiples expériences existantes suggèrent l'existence d'effets positifs, notamment de réduction du recours à la contention et à l'isolement (219-221). Ces publications fournissent des pistes pour l'aménagement de ces espaces (décoration...), la mise en œuvre de leur utilisation et l'évaluation de leurs bénéfices.

→ Les stratégies de désamorçage

L'ensemble des recommandations de bonne pratique, en particulier la recommandation récente du NICE, préconisent l'utilisation de techniques de « désescalade » ou de « désamorçage » (*de-escalation*) lorsqu'une situation à risque de violence apparaît dans une unité d'hospitalisation (3, 208, 214).

Plusieurs publications synthétisent les données de la littérature sur ces interventions (26, 222-225).

L'intervention « Talk down », issue du programme *Safewards* (évoqué plus loin), est une méthode de désamorçage des situations à risque de violence, incorporant les connaissances disponibles publiées en anglais sur ce sujet. Elle fournit un exemple utile des pratiques les plus avancées dans ce domaine, ainsi qu'une méthodologie de mise en œuvre dans une unité psychiatrique (226).

Les techniques de désamorçage/désescalade se définissent comme un ensemble d'interventions psycho-sociales visant à réduire les comportements violents ou perturbateurs. Leur objectif est d'éviter l'escalade de la situation grâce à la mobilisation de compétences de communication verbales et non verbales. Il s'agit d'identifier le stress à l'origine de la situation et de s'efforcer de l'atténuer, de fournir au patient une alternative à la violence, de le rassurer et ainsi de réduire le risque de violence et d'assurer la sécurité de tous. L'un des principes de l'intervention est de préserver à tout moment l'autonomie et la dignité du patient en lui permettant de chercher et de trouver des alternatives à la violence.

- La revue de la littérature récente, établie par Owen Price et John Baker *Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis* parue en 2012, permet de dégager les principes d'action et les caractéristiques des techniques utilisées dans le cadre de ces interventions (225).
 - ▶ Une recherche documentaire a été réalisée dans les principales bases documentaires, sans limite de date. 11 études qualitatives ont été incluses et ont fait l'objet d'une analyse thématique.
 - ▶ 7 thèmes répartis sur deux axes ont été identifiés.
 - ▶ Les compétences professionnelles
 - Thème 1 – les caractéristiques des « désamorceurs » efficaces
 - La littérature met en évidence certaines qualités requises pour ces interventions : l'ouverture, l'honnêteté, l'attention à autrui, la cohérence, une confiance en soi sans arrogance... Il est important de ne pas être dans le jugement, d'exprimer un intérêt sincère pour le patient et d'avoir une attitude souple, peu autoritaire. C'est à cette condition que la confiance du patient peut être gagnée. La capacité d'empathie est essentielle, car elle permet au patient de se sentir compris, de sentir que son expérience est prise en compte, donc qu'il n'a plus besoin du recours à la violence.
 - Thème 2 – garder le contrôle de soi
 - L'importance de maintenir une apparence de calme est soulignée dans toutes les études. Le calme, même s'il n'est qu'apparent, aide le patient à gérer ses émotions et fait passer le « message » que l'équipe a confiance dans sa capacité à retrouver son calme. Au contraire, l'expression de la peur peut augmenter le sentiment d'insécurité, d'angoisse chez le patient. Diverses stratégies peuvent aider à maîtriser ses émotions (se concentrer sur la situation plutôt que sur ses sentiments, ou au contraire reconnaître ses sentiments plutôt que de chercher à les réprimer...).
 - Thème 3 – compétences verbales et non verbales
 - L'adoption d'un ton de voix calme, le tact des propos sont importants. Les professionnels doivent être conscients de leur langage corporel : posture, mouvements, contacts visuels, proximité physique, expressions du visage... doivent exprimer la préoccupation pour le patient. L'écoute

active doit être utilisée. L'espace personnel du patient doit être respecté. Il peut être approprié, ou au contraire contre-indiqué, de toucher le patient, ce point étant ambigu et dépendant de la pathologie.

- ▶ Les interventions
 - Thème 4 – établir une relation avec le patient
 - Créer un lien avec le patient, qui montre de l'agressivité, favorise l'établissement d'une confiance mutuelle et écarte le besoin d'avoir recours à la violence. Le but doit être de favoriser l'autonomie du patient, en évitant les mesures restrictives. Les professionnels doivent rester en contact avec le patient tout au long du processus. L'agressivité est souvent une réponse à une perception d'atteinte à la dignité ; se sentir respecté permet au patient de retrouver le sentiment de sa propre dignité et diminue le besoin du recours à la violence.
 - Thème 5 – le moment opportun pour intervenir
 - Il est souvent souligné qu'il faut intervenir le plus précocement possible, mais il est aussi reconnu que des interventions non pertinentes peuvent exacerber les problèmes. Les décisions d'intervenir doivent être fondées sur la connaissance du patient, de la signification de ses comportements, et de l'évolution de son comportement par rapport à ses comportements habituels, ainsi que sur une évaluation des risques associés à son comportement.
 - Thème 6 – assurer la sécurité de l'intervention
 - Une évaluation des effectifs, nécessaires pour réaliser et soutenir l'intervention en sécurité, est à réaliser, en tenant compte du fait qu'une « démonstration de force » peut être un facteur d'escalade de la violence. Une évaluation de l'environnement doit être réalisée : objets pouvant servir d'armes, sorties possibles pour les professionnels. Si possible, le patient doit être guidé vers un endroit calme à l'écart des autres patients.
 - Thème 7 – stratégies de désamorçage
 - Les publications soulignent la place de l'intuition et de la créativité dans le choix d'une stratégie et la nécessité de la construire en fonction de la singularité du patient. Ce choix doit être fondé sur une écoute empathique du patient et une appréhension des signaux révélateurs de son état émotionnel. Les interventions donnant les meilleurs résultats sont celles qui trouvent le bon équilibre entre le soutien et le contrôle. Plusieurs études font état d'un *continuum* d'interventions, depuis celles qui mettent l'accent sur la promotion de l'autonomie du patient et le soutien apporté, jusqu'à celles qui cherchent à poser des limites. Il est important de proportionner et d'adapter le style de l'intervention au risque entraîné par le comportement du patient.
- ▶ Les auteurs identifient sur ce dernier point un dilemme qui apparaît de manière récurrente dans la littérature entre (225) :
 - ▶ des interventions mettant l'accent sur l'autonomie du patient, excluant tout rapport de pouvoir, permettant une expression libre du patient, offrant des réponses à ses questionnements et l'identification en commun de solutions qui, en particulier, permettent au patient de « sauver la face » ;
 - ▶ des interventions plus autoritaires, visant à poser des limites. Il est nécessaire d'avoir conscience des tensions entre les deux types d'intervention et d'apprendre collectivement à déterminer à quel moment il devient nécessaire de chercher à contrôler le comportement du patient et de donner la priorité à la sécurisation de l'environnement.
- ▶ Les auteurs dégagent un certain nombre d'implications de ces résultats :
 - ▶ pour les managers et pour les responsables de politiques publiques :
 - les principes du désamorçage sont insuffisamment intégrés dans des cahiers des charges nationaux de formation ;

- les formations ne font pas suffisamment appel à des modèles théoriques de l'agression (influence de l'histoire personnelle, circonstances déclenchantes, problématique de l'estime de soi, de la projection...);
 - la juste place de ces interventions doit être définie : il ne s'agit pas d'une approche préventive, mais d'une approche réactive. Leur promotion ne doit pas autoriser le niveau managérial à s'exonérer de sa responsabilité dans la prévention et la gestion de la violence ;
 - le désamorçage doit s'insérer dans une stratégie plus globale (climat du service, organisation d'activités thérapeutiques, cadre institutionnel cohérent, réponse aux besoins du patient, gestion des ressources humaines)
- ▶ pour les professionnels :
- la violence est un phénomène multifactoriel et les réponses de l'équipe soignante doivent refléter cette complexité et être adaptées à la singularité des patients. Par ailleurs, dans des situations de stress et de tension, il est plus utile de chercher à prendre du recul et analyser la situation plutôt que d'appliquer de manière rigide des règles pré-établies. Une grande maturité professionnelle est nécessaire pour opérer les meilleurs choix,
 - l'utilisation du désamorçage ne peut se substituer à l'établissement et au maintien de relations thérapeutiques avec les patients.

→ Les réponses médicamenteuses

Plusieurs publications récentes proposent une synthèse des connaissances sur les traitements médicamenteux de l'agitation ou des manifestations violentes, en service de psychiatrie ou en service d'urgence (26, 227-230).

La recommandation du NICE de mai 2015 sur la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie comporte un chapitre à ce sujet (3).

Des publications plus anciennes ont été identifiées (23, 28, 231-236) en particulier, la conférence de consensus sur la prise en charge de l'agitation en urgence de la Société francophone de médecine d'urgence (22).

Quelques principes communs soutenant les conduites à tenir se dégagent :

- toute prescription doit être précédée d'un examen clinique, psychiatrique et somatique ;
- les réponses pharmacologiques doivent être combinées avec la poursuite d'une approche relationnelle, d'une écoute empathique et de la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient ;
- l'administration *per os* doit être privilégiée, même lorsqu'une mesure de restriction de liberté est envisagée ; les injections intramusculaires constituent des mesures de dernier recours ;
- les molécules les plus fréquemment utilisées sont les benzodiazépines (BZD) et les antipsychotiques de première (APT) et deuxième génération (APA). Il existe une diversité de pratiques à laquelle contribuent l'absence de protocole établi et les différences de disponibilité des produits entre les pays (227).

En l'absence de revue systématique des essais cliniques disponibles ou de recommandation de bonne pratique, généralisables à tous les contextes nationaux, il n'est pas possible de mettre en évidence des éléments de bonne pratique et des données de preuve concernant l'utilisation de ces molécules pour traiter les états d'agitation, entraînant des comportements violents dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique. Des recommandations de bonne pratique seraient à établir dans ce domaine.

On restitue cependant les bonnes pratiques organisationnelles établies par la recommandation du NICE de mai 2015 (3). Certaines d'entre elles ne sont pas directement applicables dans le contexte hospitalier français.

- Le NICE préconise que soit établie, pour les patients qui le nécessitent, une stratégie pharmacologique individualisée pour réduire le risque de violence (3).
 - ▶ Un groupe pluridisciplinaire, qui comprend un psychiatre et un pharmacien, doit développer et tracer une stratégie individualisée pour l'utilisation des traitements médicamenteux utilisés « si besoin » *pro re nata* (p.r.n medication) pour calmer, relaxer, apaiser ou provoquer une sédation des patients présentant un risque de violence et d'agression, dès que possible après l'admission.

- ▶ Ce groupe doit réévaluer la stratégie médicamenteuse et les traitements donnés au moins une fois par semaine et plus fréquemment si des tensions existent et si des mesures de restriction sont envisagées ou utilisées. La revue doit être tracée et doit comprendre :
 - l'identification des « symptômes-cible » ;
 - le délai estimé pour obtenir un effet ;
 - les traitements prescrits et administrés, y compris les traitements « si besoin » ;
 - le cas échéant, le nombre de doses non administrées et leurs raisons ;
 - la réponse au traitement ;
 - les effets secondaires.
 - ▶ Si ces traitements sont renouvelés, la poursuite du traitement doit être justifiée dans le cadre de cette revue. Si aucun traitement « si besoin » n'a été utilisé depuis la précédente réunion, l'arrêt doit être envisagé.
 - ▶ Lorsqu'un traitement médicamenteux prescrit « si besoin » est envisagé dans le cadre d'une stratégie pour désamorcer ou prévenir une situation de violence :
 - ne pas faire de prescription de traitements « si besoin » *pro re nata* de manière systématique à l'admission ;
 - adapter le traitement « si besoin » aux besoins individuels et en discuter avec le patient si possible ;
 - s'assurer que la justification du traitement « si besoin » et les circonstances dans lesquelles il peut être utilisé sont clarifiées et que cela est intégré au plan de soins ;
 - s'assurer que la dose quotidienne maximum est spécifiée et ne dépasse pas involontairement la dose maximum établie par le *British National Formulary*, en particulier lorsqu'elle est cumulée avec le reste des traitements médicamenteux ;
 - s'assurer que l'intervalle entre deux administrations est spécifié.
 - Lorsqu'un « traitement tranquillisant à effet rapide⁷³ » (*rapid tranquilisation*) est envisagé, il convient de prendre en compte, selon les recommandations du NICE de mai 2015 (3) :
 - ▶ les préférences du patient et ses éventuelles directives anticipées ;
 - ▶ les problèmes de santé physique ou une éventuelle grossesse ;
 - ▶ une possible prise de toxique récente ;
 - ▶ la réponse obtenue au traitement envisagé lors d'un précédent épisode, y compris les effets secondaires ;
 - ▶ les interactions médicamenteuses possibles ;
 - ▶ les doses médicamenteuses journalières en « cumulé » ;
 - ▶ en cas de prescription d'un traitement tranquillisant à effet rapide, il est recommandé de rédiger la prescription initiale pour une dose unique, et de ne renouveler la prescription que lorsque l'effet de la première dose aura été évalué ;
 - ▶ après une sédation, il convient de surveiller les effets secondaires, ainsi que le pouls, la pression artérielle, la respiration, la température, l'hydratation, l'état de conscience du patient au moins une fois par heure jusqu'à ce l'état somatique revienne à la normale. Le patient doit être examiné toutes les 15 minutes lorsque la dose maximum a été dépassée ou si le patient :
 - continue d'être endormi ;
 - a pris des toxiques ;
 - a des antécédents ou des facteurs de risque particuliers ;
 - a subi dans son parcours un dommage lié à une mesure de restriction de liberté
 - ▶ si un traitement tranquillisant à effet rapide est nécessaire pour un patient en chambre d'isolement, il convient en plus de :
 - s'assurer que l'équipe est en alerte afin de réagir à toute complication qui pourrait survenir ;
 - s'assurer que le patient est observé par un professionnel expérimenté ;
 - évaluer les risques et envisager la fin de l'isolement dès que le traitement a fait son effet.

⁷³ administration de médicaments par voie parentérale lorsque l'administration *per os* n'est pas possible ou qu'un effet sédatif doit être obtenu en urgence.

→ Les mesures restrictives

Les recommandations du NICE de mai 2015

Les recommandations du NICE, sur la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie (3), souligne la nécessité de définir une politique d'établissement et de service en matière de réduction des mesures de restriction de liberté. Les pratiques restrictives des professionnels ne peuvent s'inscrire que dans un tel cadre, assurant leur caractère nécessaire et proportionné.

Les composantes de cette politique sont les suivantes :

- la promotion, notamment au travers des actions de développement professionnel continu, de démarches de soin centrées sur le patient et de méthodes de prévention de la violence (plan de prévention du risque, méthodes de désamorçage...);
- un *leadership* favorisant la promotion des droits et de la bientraitance ;
- l'identification des facteurs environnementaux entraînant des risques de déclenchement de violence (architecture, mais aussi procédures d'admission et d'accueil, etc.) ;
- des actions favorisant l'implication des patients et des familles ;
- une offre d'activités thérapeutiques et récréatives ;
- mettre en place des revues d'événements, des réunions d'équipes, des entretiens cliniques spécifiques après un incident violent.

Lorsqu'il est nécessaire de faire une intervention impliquant une restriction de liberté, le NICE recommande de s'assurer que cette mesure :

- est proportionnée au niveau de risque ;
- correspond à la réponse au besoin identifié, la moins restrictive possible ;
- n'est pas prolongée plus que nécessaire ;
- prend en compte les souhaits du patient s'ils sont connus et autant que possible ;
- prend en compte l'état somatique du patient, ainsi que son degré de vulnérabilité.

On ne développe pas ici les recommandations relatives aux différentes interventions, car elles sont très proches de celles qui se dégagent des textes de référence français examinés plus loin.

L'une de ces interventions, « l'observation particulière » (*special observation*), n'existe pas de manière formalisée dans la plupart des services de psychiatrie français. Cette intervention concerne des patients présentant des risques particuliers (risque suicidaire, risque de violence...). Pendant une période limitée, un ou des professionnel(s) est/sont désigné(s) pour assurer une surveillance particulière ; une gradation est définie en fonction du niveau de risque :

- le premier niveau est celui de l'observation intermittente qui prévoit que le patient soit observé à périodicité régulière (toutes les 30 ou 60 min) ;
- le deuxième niveau est celui de l'observation continue qui implique que la patient soit constamment observable par le professionnel référent ;
- le troisième niveau est celui de l'observation rapprochée qui suppose que le professionnel est constamment aux côtés du patient.

Cette intervention a fait l'objet d'une revue de littérature par le *Conflict and containment reduction research programme* (237). Il y a peu de données sur l'utilisation de ces protocoles et les données d'impact disponibles ne permettent pas de conclure sur l'efficacité de cette procédure.

Les textes de référence en France

En France, à l'heure actuelle, dans l'attente de l'actualisation en cours (195), il existe quatre travaux de référence proposant un cadre pour les pratiques en matière de contention et d'isolement :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie](#). Paris: ANAES; 1998 (238) ;

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée](#). Paris: ANAES; 2000 (239)⁷⁴ ;
- Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité](#). Conférence de consensus, Paris, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 24 et 25 novembre 2004. Textes des recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004 (216) ;
- Haute Autorité de Santé. [Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur](#). Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011 (2).

Une loi encadre désormais le recours à ces mesures⁷⁵

Ces guides et recommandations convergent sur les points suivants :

- indications de dernier recours réduites aux situations de mise en danger de la personne et/ou de tiers, après avoir exploré toutes les solutions alternatives ; les mesures doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient ;
- décision du médecin après examen du patient ;
- mesure limitée dans le temps ;
- déclaration par écrit (motivation dans le dossier médical du patient et dans un registre spécifiquement établi à cet effet, consultable dans l'établissement) ;
- mise en œuvre devant faire l'objet d'une surveillance stricte ;
- suivi régulier sous contrôle médical, surveillance programmée, notamment surveillance de l'état somatique, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier ;
- soins de *nursing* autant que nécessaire (alimentation, hygiène, etc.) ;
- information de la personne et, le cas échéant, de ses proches, appropriée, progressive et réitérée dans le temps, prenant en compte les capacités de compréhension ;
- vérification du respect de l'intimité et de la dignité ;
- écoute bienveillante avec des tentatives pluriquotidiennes de créer un dialogue avec le patient ;
- maintien des repères spatio-temporels ;
- réévaluation fréquente et régulière et nouvelle recherche d'alternatives en cas de renouvellement de la mesure ;
- dès que l'état clinique le permet, mise en place d'une mesure moins contraignante ;
- le plus rapidement possible et dès que l'état du patient le permet, suspension de la mesure ;
- après la mesure d'isolement ou de contention, travail de réflexion en équipe et en lien avec le patient sur l'événement.

► La prévention tertiaire

La prévention tertiaire recouvre les actions mises en place après un incident violent afin :

- de prendre en charge et d'accompagner au plan somatique et psychologique les personnes, victimes, témoins, agresseur ;
- d'assurer la continuité du fonctionnement de l'équipe et des soins aux patients ;
- de tirer des enseignements de l'événement, afin de renforcer la prévention de la violence et limiter le recours à la contention et à l'isolement.

Trois niveaux sont concernés :

- le niveau institutionnel avec un accompagnement des victimes et une démarche formalisée de revue de l'événement à mettre en place ;

⁷⁴ La mise en œuvre de cette méthode d'audit a été évalué en 2005 (218).

⁷⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier.

- le niveau de l'équipe de soins avec des réunions d'équipe permettant de revenir sur l'événement et dont l'intérêt est suggéré par la littérature ;
- le niveau de la prise en charge des patients, en particulier le patient auteur d'une agression. Certains outils sont proposés dans les publications identifiées, afin d'aider à la conduite des entretiens avec un patient à la suite d'un incident violent.

La recommandation du NICE de mai 2015 n'a pas identifié d'études portant spécifiquement sur la gestion des suites d'un épisode de violence en unité psychiatrique (3). Il existe, en revanche, des publications sur des sujets connexes : démarche post-incident pouvant concerner tout type d'événement indésirable, démarche à mettre en place après la mise en œuvre de mesures de restriction de liberté... Ces publications fournissent des appuis utiles et sont donc mobilisées ici, même si elles ne rentrent pas dans le champ de cette revue, défini strictement.

→ La démarche institutionnelle

Les recommandations et guides internationaux

Les recommandations et guides internationaux évoquent les dispositifs institutionnels post-incident (3, 196, 208, 217).

Les recommandations portent essentiellement sur l'application des principes de la gestion des risques et en particulier, de la gestion des événements indésirables aux situations de violence en psychiatrie, en particulier si elles ont donné lieu à des mesures de restriction de liberté.

Il s'agit de promouvoir, au niveau institutionnel, des analyses collectives des incidents permettant l'identification d'actions d'amélioration. La recherche et l'identification des différents facteurs, en particulier les facteurs systémiques, donnent lieu à la mise en œuvre et au suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Plusieurs publications attestent ce mouvement de déploiement des principes de la gestion des risques aux activités des services et établissements psychiatriques et de prise en compte de leurs risques spécifiques (189, 240, 241).

Les publications de la HAS

Ces approches sont développées et déclinées dans les publications de l'ANAES (242), puis de la HAS sur la gestion des risques en établissement de santé et plus particulièrement, dans le guide et les outils portant sur les revues de mortalité et de morbidité :

- Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf (194),
- Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm (243).
 - Comme le rappelle le guide de la HAS, l'objectif d'une RMM est de :
 - ▶ porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
 - ▶ s'interroger sur le caractère évitable de l'événement ;
 - ▶ rechercher collectivement les causes profondes de la défaillance survenue lors de la prise en charge ;
 - ▶ rechercher les actions à mettre en œuvre afin d'éviter que l'événement indésirable ne se reproduise.
 - A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés, afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les autres publications françaises

Quelques publications françaises donnent des indications sur les dispositifs existants (191-193). Ces publications ont été exploitées dans le cadre de l'enquête située en annexe du chapitre 5.

Un guide a été proposé en 2012 par la Fédération hospitalière de France, l'Observatoire national des violences en milieu de santé et la Direction générale de l'offre de soins sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social (244). Les recommandations concernent tous les établissements quelle que soit leur activité.

- Quatre fiches sont proposées :
 - une fiche à destination de l'encadrement lorsque le personnel est victime : membre de l'équipe de direction, cadre de proximité, cadre supérieur ;
 - une fiche à destination de l'encadrement lorsque le patient est victime ;
 - une fiche à destination de l'agent victime dans son exercice professionnel ;
 - une fiche à destination du patient victime à l'occasion de sa prise en charge au sein d'un établissement de soins.

→ La démarche d'équipe

Les recommandations de bonne pratique (3, 208) préconisent d'organiser un ou des « debriefings » en équipe dans les 72 heures suivant un incident violent.

Cette préconisation est particulièrement développée dans les recommandations, guides et supports inclus dans la bibliographie complémentaire et proposant des stratégies de réduction de la contention et de l'isolement (196, 214, 245).

On note une certaine instabilité du vocabulaire utilisé dans les publications examinées pour désigner ce temps de réunion en équipe, peu de temps après un incident. Les recommandations du NICE de mai 2015 utilisent les termes « revue post-incident » (*post-incident review*) (3, 246), d'autres celui de « debriefing » (247), terme qui peut aussi désigner les entretiens avec le patient, intervenant après un incident. Les termes « debriefing d'équipe » seront utilisés ici pour désigner un temps de réunion en équipe consacré à l'analyse d'un incident peu de temps après sa survenue.

Une synthèse de la littérature sur les *debriefings* faisant suite à une mesure de contention ou d'isolement a été proposée en 2014 par le *National Centre of Mental Health Research* en Nouvelle-Zélande *Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature* (247). La proximité des sujets a justifié une intégration de cette publication à la bibliographie.

L'analyse des publications disponibles permet de dégager les résultats suivants :

- la littérature scientifique sur les pratiques de *debriefing* en service de psychiatrie est encore peu développée. 15 études qualitatives et quasi-expérimentales ont été identifiées sur le *debriefing* en équipe en services d'hospitalisation de psychiatrie ;
- le *debriefing* se définit de manière générale comme la pratique consistant à examiner un événement afin de le « métaboliser » et d'en tirer des enseignements ;
- le *debriefing* en équipe après un incident violent, ayant donné lieu à une contention ou un isolement, a un double objectif :
 - fournir un soutien émotionnel aux personnes impliquées dans l'incident et identifier les éventuels besoins d'intervention psychologique,
 - engager une analyse de l'événement dans une perspective d'amélioration des pratiques et des organisations et de prévention de la récurrence des événements
- La revue du *National Centre of Mental Health Research* souligne que les *debriefings* servent une finalité plus générale. Un impact sur les cultures des services est attendu. En créant « un espace pour développer la réflexivité » (247), le *debriefing* en équipe contribue à remplacer les « cercles vicieux » de peur, d'isolement, d'attitude défensive par des « cercles vertueux » de confiance, de responsabilisation, de bienveillance (247). Le *debriefing* en équipe s'inscrit dans des démarches plus larges de prévention de la violence et de limitation de la contention et de l'isolement ;
- les études identifiées dans la revue du *National Centre of Mental Health Research* ne fournissent pas de données de haut niveau de preuve, mais elles suggèrent qu'il existe des bénéfices de cette pratique, en particulier quand elle s'inscrit dans une démarche globale de prévention et de réduction de la violence et des pratiques de contention et d'isolement ;

- les publications analysées apportent quelques précisions sur les bonnes pratiques pour l'organisation, le contenu et l'animation du *debriefing* :
 - ▶ les participants :
 - le *debriefing* doit être animé par une personne extérieure aux événements, voire une personne extérieure au service ; il est recommandé de désigner un clinicien (médecin, infirmier, psychologue) ;
 - les professionnels impliqués dans l'événement, acteurs ou témoins participent à la réunion autant que faire se peut ;
 - l'équipe de soins est invitée ; la présence de médecins et de cadres sénior est recommandée ;
 - les publications soulignent la nécessité d'intégrer le point de vue des patients à l'analyse collective, notamment par la restitution des entretiens cliniques réalisés après l'incident. Parfois, un représentant des usagers est invité.
 - ▶ Le déroulement :
 - les publications examinées par le *National Centre of Mental Health Research* soulignent l'importance du climat à instaurer au cours de cette réunion. Il existe un risque que la réunion soit perçue comme un dispositif « punitif » et de recherche de faute, que ce soit celle du patient ou des professionnels. L'animateur doit dès le début être capable de montrer que l'objectif de la réunion est de poser et résoudre un problème collectif et non pas d'identifier des responsabilités individuelles ;
 - les échanges doivent être respectueux, il convient de permettre aux personnes de faire part de leur ressenti, les écouter et les soutenir ;
 - 5 grandes questions devront être abordées pendant la réunion :
 - Que s'est-il passé ?
 - Qu'ont ressenti les personnes ? (patients et professionnels)
 - Qu'avons-nous appris ?
 - Que pouvons-nous faire pour éviter que cela ne se reproduise ?
 - ▶ les suites :
 - en aval, les conclusions du *debriefing* doivent amener à un ajustement des projets thérapeutiques des patients concernés, tracé dans le dossier. Ces conclusions doivent aussi nourrir les actions d'amélioration de la qualité.

Le NICE préconise la mise en place de revues post-incident en équipe, pour tout incident ayant donné lieu à une injection forcée, une contention ou un isolement. Il distingue entre une réunion d'équipe destinée à gérer les suites immédiates des incidents et une revue plus formelle de l'événement qui inclut des acteurs extérieurs à l'équipe, en particulier des représentants d'usagers (3). Il semble ainsi que les recommandations du NICE de mai 2015 aillent dans le sens d'un renforcement du formalisme du dispositif, ainsi que du rôle des acteurs extérieurs, en particulier des représentants des usagers, dans le souci de mettre fin à la « banalisation » de la contention et de l'isolement et d'inciter les équipes à réfléchir aux moyens d'éviter la mise en œuvre de ces mesures.

→ La prise en charge des patients

Les recommandations de bonne pratique sur la prévention et la prise en charge de la violence en service de psychiatrie (3, 208) préconisent la mise en place d'une prise en charge spécifique du patient ayant eu un épisode de violence, incluant la conduite d'un entretien permettant de reprendre l'événement avec lui.

Le NICE recommande aussi que tout autre patient impliqué (victime ou témoin) puisse discuter de l'incident avec un membre de l'équipe (3).

Comme pour le *debriefing* en équipe, cette préconisation est particulièrement développée dans les recommandations, guides et supports inclus dans la bibliographie complémentaire et proposant des stratégies de réduction de la contention et de l'isolement (196, 214). Ces guides préconisent que tout patient ayant été isolé ou contenu puisse bénéficier d'un entretien de *debriefing* qui vise à limiter les effets potentiellement délétères des pratiques de contention et d'isolement, et à rechercher avec le patient, les moyens de limiter à l'avenir le recours à ces mesures.

14 études sur l'entretien de *debriefing* avec le patient, suite à un incident violent ayant donné lieu à une mesure de contention ou d'isolement, ont été recensées dans la revue de la littérature réalisée par le *National Centre of Mental Health Research* en Nouvelle-Zélande (247).

Les résultats suivants se dégagent de cet ensemble d'études :

- les études distinguent entre les entretiens cliniques, intervenant immédiatement après un incident et visant à assurer la prise en charge psychiatrique urgente du patient, et le *debriefing* qui ne peut intervenir que lorsque le patient est en mesure de prendre du recul par rapport à la situation. L'équipe doit pouvoir évaluer si l'état du patient est compatible avec cet entretien de *debriefing* ;
- Le *debriefing* a trois objectifs :
 - ▶ aider le patient à comprendre, anticiper et prévenir ses moments de violence ; identifier avec lui les facteurs de l'incident, le déroulé de la crise (ce qui l'a apaisé, ce qui a pu renforcer la crise) ;
 - ▶ informer le patient sur les motifs de la mesure de restriction de liberté, les traitements médicamenteux administrés et leurs effets, ainsi que sur les réactions émotionnelles qu'il est possible d'avoir après une mesure de restriction de liberté ;
 - ▶ contribuer à l'amélioration des pratiques, en identifiant avec le patient les ajustements qui pourraient être apportés à sa prise en charge, ainsi qu'à l'organisation générale de la prise en charge des patients dans l'unité ou l'établissement. La recherche de stratégies alternatives aux mesures de contention et d'isolement est un objectif prioritaire
- Parmi les 14 études identifiées, 7 sont des études observationnelles, 6 études évaluent dans un cadre expérimental un programme de réduction du recours à la contention et à l'isolement, comportant d'autres composantes que le *debriefing* patient et une seule étude expérimentale évalue les effets propres du *debriefing* patient (248). L'intervention suscite l'adhésion des professionnels et des usagers, mais l'impact reste à démontrer.

6.2 Les dispositifs de formation des professionnels

Les années 1990 et 2000 ont vu se développer l'offre de programmes de formation à la prévention et à la gestion de la violence en service de psychiatrie (249).

Des préconisations sur les dispositifs de formation des professionnels sont formulées dans les recommandations internationales et françaises (1-3, 208, 214, 216, 217, 250). Ces recommandations fournissent un cadre pour développer ces formations.

Face à la croissance de l'offre de formation à la prévention et à la gestion de la violence, une interrogation sur l'impact de ces formations s'est fait jour au cours des années 2000. Plusieurs études mettent en évidence un impact faible des formations sur les pratiques et les résultats de soins, indiquant ainsi la nécessité de ne pas limiter la politique institutionnelle en matière de prévention de la violence aux actions de formation des professionnels.

▶ Les contenus

Sont présentés dans cette section :

- ▶ les résultats d'une étude comparant les principaux programmes de formation de langue anglaise ;
- ▶ deux exemples de programme de formation dont le programme OMEGA disponible en France.
- Gerry Farrell et Katrina Cubit ont réalisé en 2005, une recension et une comparaison des programmes de langue anglaise de formation à la prévention et à la gestion de l'agressivité des patients (251).
 - ▶ 28 programmes ont été recensés et ont été analysés.
 - ▶ Les auteurs identifient
 - des thèmes communs aux différentes formations, constituant des invariants :
 - les facteurs de la violence ;
 - la communication avec le patient ;
 - les techniques « physiques » ;
 - l'évaluation des risques de violence ;
 - les aspects légaux
 - des sujets couramment traités :
 - les types d'agression ;
 - le travail d'équipe et le rôle du *leadership* ;
 - le *debriefing* post-incident

- des sujets plus rarement traités :
 - l'organisation du service, l'environnement physique ;
 - la pharmacothérapie, les bonnes pratiques en matière de réduction de la contention et de l'isolement ;
 - les impacts de la violence.

Une mise à jour de cette recension et de cette comparaison seraient à réaliser.

- Un programme de formation développé au Pays Bas en 1997 a été largement diffusé et fournit un exemple intéressant (252).
 - ▶ Ce programme de formation est spécifiquement destiné aux infirmiers exerçant en service de psychiatrie.
 - ▶ 5 jours de formation sont prévus, scindés en 24 sessions de 50 min.
 - ▶ Le programme combine des enseignements théoriques, des temps de partage d'expériences, des mises en situation, des réunions de résolution de problèmes.
 - ▶ Le cadre théorique retenu met l'accent sur l'importance des interactions dans les situations de violence.
 - ▶ Le contenu est le suivant :
 - définitions et types de violence, prévalence des agressions en psychiatrie ;
 - théories de la violence et de l'agression ;
 - élaboration des plans de soins infirmiers ;
 - les interventions : évaluation du risque, prévention, communication, techniques de protection, mesures de restriction de liberté ;
 - prise en charge et démarche après un incident ;
 - aspects éthiques de la gestion de la violence ;
 - la sécurisation d'une unité.
- En France la formation Oméga, programme d'origine canadienne, est largement diffusée et fait l'objet de plusieurs publications retenues dans le cadre de cette revue (253-255) :
 - ▶ le programme concerne l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle ;
 - ▶ 4 jours de formation sont prévus ;
 - ▶ l'accent est mis sur l'analyse et la gestion des situations à risque de violence et sur la place des techniques de désamorçage ; il s'agit d'aider l'intervenant à prendre confiance et à gérer ses émotions face à une situation présentant un risque de violence ;
 - ▶ le programme propose des enseignements théoriques en lien avec les observations du quotidien, des jeux de rôles, des exercices de gestion physique des situations ; des outils sont proposés qui permettent de développer un langage commun aux différents intervenants ;
 - ▶ contenu de la formation :
 - l'évaluation de la dangerosité d'une situation au travers d'outils spécifiques. Cette évaluation permet de guider le choix de l'intervention appropriée ;
 - l'apprentissage de la « pacification » : il s'agit d'une technique avancée de désamorçage visant à accompagner et à résoudre une situation de crise d'agressivité, par une approche centrée sur le vécu émotionnel de la personne ;
 - la gestion post-incident : un dispositif et des outils sont proposés permettant de revenir en équipe sur tous les aspects de l'intervention.

▶ Les préconisations issues des recommandations

Il n'existe pas de recommandations validées sur la définition et la conduite d'actions de formation dans le domaine de la prévention et de la gestion de la violence en psychiatrie.

Les préconisations présentes dans les recommandations internationales et françaises permettent cependant de dessiner un cadre général pour le développement de formations. Ainsi, en se fondant sur les recommandations existantes, les formations doivent s'efforcer de répondre aux exigences suivantes (249, 256) :

- porter certaines valeurs du soin : la priorité est donnée au patient, au respect de ses droits et à la recherche de sa participation aux soins, la reconnaissance de sa maladie et la recherche d'un abord thérapeutique respectueux des personnes, et de la limitation du recours à la contention et à l'isolement ; la recommandation du NICE de mai 2015 insiste particulièrement sur ces aspects (3) ;

- traiter les aspects éthiques de la question ;
- aborder la violence comme un phénomène complexe et multidimensionnel et proposer des bases théoriques pour la compréhension du phénomène ;
- aborder les sujets suivants : les aspects théoriques et cliniques, en particulier sur les facteurs de la violence, les aspects juridiques, les approches centrées sur le patient, l'évaluation du risque de violence, la gradation des réponses, les techniques de désamorçage, la gestion physique permettant d'assurer la sécurité de tous, la sécurisation de l'environnement et de l'organisation, les alternatives à l'isolement et à la contention, les conduites à tenir en cas de contention ou d'isolement, afin de maintenir une relation thérapeutique et de limiter les risques associés à ces interventions, les populations spécifiques (personnes en situation de handicap, personnes âgées...), la gestion post-incident ;
- intégrer les points de vue des patients, des familles et des professionnels ;
- aborder les stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire et pas seulement les techniques de gestion de crise ;
- mettre l'accent sur les méthodes pédagogiques facilitant la mise en pratique : études de cas, mises en situation... ;
- concerner l'ensemble d'une équipe pluriprofessionnelle ;
- être personnalisées et adaptées aux réalités des équipes, afin de permettre une intégration aux pratiques ;
- comprendre un volet d'évaluation des pratiques en amont et en aval de la formation, ainsi qu'un volet de suivi et de maintien des compétences dans le temps.

► L'impact des formations

Plusieurs études individuelles évaluent l'impact des actions de formation des professionnels de la psychiatrie à la prévention et à la gestion des situations de violence (252, 257-263).

Deux revues de littérature ont été identifiées :

- une revue proposée par Dirk Richter *et al.* parue en 2006, *The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review*, portant sur 39 études (264),
- une synthèse de Jonathan Livingston *et al.* parue en 2010, *A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff*, portant sur 29 études (265).

Les auteurs de ces revues pointent :

- que les études disponibles sont hétérogènes et que l'évaluation de leur impact se heurte à des difficultés méthodologiques ;
- que la majorité des études tendent à montrer un effet positif des formations sur le niveau de connaissance et de confiance en eux des professionnels ;
- que certaines études ont montré une association entre les formations professionnelles et la réduction du nombre de mesures de restriction de liberté ;
- mais qu'il est impossible à ce stade, sur la base des études disponibles de conclure à un effet positif des formations sur le nombre ou la sévérité des incidents.

Les auteurs soulignent que la formation n'est qu'un élément dans une stratégie plus globale (comprenant un engagement de la gouvernance et la promotion de valeurs, une démarche d'amélioration continue, la sécurisation de l'environnement, l'organisation et la promotion du travail d'équipe, l'implication des patients et de leur entourage...).

6.3 Les stratégies d'amélioration

Plusieurs études retenues dans le cadre de cette bibliographie décrivent et/ou évaluent des démarches d'amélioration globales comprenant plusieurs composantes (formation, analyse des pratiques, démarche de réflexion sur les valeurs du soin etc.) déployées au niveau de l'établissement ou au niveau de l'équipe d'une unité (11, 155, 172, 260, 266-285).

Cependant, seules deux expériences identifiées dans le cadre de cette revue ont fait l'objet d'une évaluation dans un cadre expérimental :

- le modèle des « Six core strategies for reducing seclusion and restraint use » de la *National Association of State Mental Health Program Directors* (196) propose un modèle de gouvernance pour la prévention de la violence et la réduction des mesures de contention et d'isolement. Ce modèle a fait l'objet d'un essai contrôlé randomisé réalisé en 2009 en Finlande par Anu Putkonen *et al.* (286),
- le modèle *Safewards* est un ensemble d'interventions infirmières visant à la prévention de la violence en unité psychiatrique, conçu, mis en œuvre et évalué en Angleterre par le Pr Len Bowers du *King's College* et son équipe (110). Un essai contrôlé randomisé évaluant l'impact du programme a été publié en 2015 (287).

Les recommandations du NICE de mai 2015 pointent aussi l'intérêt de ces deux modèles, parmi les différentes stratégies de management proposées dans la littérature (3).

► 6 core strategies : un modèle de gouvernance

Les « six stratégies-clés pour la réduction de la contention et de l'isolement » (*Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*, « 6CS ») (196) sont une proposition de stratégie de changement à mettre en œuvre au niveau d'un établissement pour réduire le recours à la contention et à l'isolement. Ce modèle met l'accent sur l'évolution de la philosophie de soin et de la culture organisationnelle nécessaire pour réduire la violence, ainsi que le recours à la contention et à l'isolement. Il prend la forme d'un programme de formation et d'amélioration destiné à l'ensemble des professionnels des établissements de santé mentale. Le programme est articulé autour d'un référentiel présenté ici.

→ Le contexte national

Ce programme s'intègre à un mouvement plus large de promotion de politiques de prévention de la contention et de l'isolement aux Etats-Unis. Ce mouvement a pour origine la mise en lumière d'événements indésirables graves liés à ces mesures et leurs potentiels effets délétères sur le plan psychologique.

→ La construction et le déploiement du programme

L'élaboration du programme a été pilotée par Kevin Ann Huckshorn, infirmière psychiatrique, directrice du bureau technique de l'Association nationale des directeurs de programmes et établissements publics de santé mentale des Etats-Unis (*Office of Technical Assistance, National Association of State Mental Health Program Directors*) de 2001 à 2009.

L'élaboration de ce programme a pris appui sur une revue de la littérature et des échanges avec des experts. Le programme inclut plusieurs supports écrits présentant les principes de la démarche, un programme de formation de formateurs (12 modules), des visites sur site, du matériel pédagogique sous forme de diaporamas et vidéos.

Les 6CS ont été mis en œuvre à partir de 2003, d'abord dans 7 Etats des Etats-Unis.

A partir de 2005, des subventions du *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) ont été attribuées à un nombre croissant d'Etats, afin de proposer des déclinaisons du programme « 6CS ». Le programme *State of Texas Alternatives to Restraint and Seclusion* (STARS) est l'un d'entre eux (245).

En 2012, le site du *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP) du SAMHSA fait état d'une adoption du modèle, par environ 1 000 établissements de santé aux Etats-Unis et la formation de 10 000 professionnels (<http://www.samhsa.gov/nrepp>). Le programme a été diffusé et adapté en Australie, Canada et Finlande.

→ Le référentiel : « six stratégies-clés pour la réduction de la contention et de l'isolement »

Un *leadership* pour le changement organisationnel

Cette composante stratégique est essentielle à la mise en œuvre des initiatives visant la réduction de la contention et de l'isolement. Cela implique de faire en sorte que l'organisation soit prête au changement et que le *leadership* soit impliqué à tous les niveaux.

Cette composante inclut :

- ▶ une gouvernance qui fournit une orientation stratégique ;
- ▶ une formulation de la mission, une vision, des valeurs et une philosophie du soin qui intègre la question de la place du patient ;
- ▶ la mise en place d'un comité stratégique sur la contention et l'isolement ;
- ▶ le développement d'une démarche d'amélioration en équipe, pluridisciplinaire, accessible à l'ensemble des professionnels ;
- ▶ le développement et l'évaluation de politiques/procédures/recommandations sur le sujet, impliquant l'ensemble des professionnels ;
- ▶ la mise en place de groupes thématiques ;
- ▶ l'inscription systématique des questions relatives à la contention et à l'isolement à l'ordre du jour des réunions institutionnelles, depuis les réunions d'unités jusqu'à celles du comité de direction et du conseil de surveillance/conseil d'administration ;
- ▶ l'analyse/revue de tout épisode d'isolement ou de contention ;
- ▶ la tenue de réunions d'équipe hebdomadaires sur les mesures de contention et d'isolement ;
- ▶ la réalisation d'audits internes ;
- ▶ l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication interne et externe ;
- ▶ l'évolution des organisations fondée sur un recueil rigoureux de données ;
- ▶ la promotion du développement des compétences des professionnels ;
- ▶ la formation au management.

Des pratiques fondées sur un recueil rigoureux de données

Cette composante stratégique concerne la collecte et l'utilisation de données au niveau des unités.

Elle inclut notamment le développement d'un outil de recueil de données accompagné d'instructions claires pour collecter les données pertinentes (incidents, mesures de contention et d'isolement...), le recueil continu de données (incluant leur traitement, leur analyse et leur remontée) la fixation d'objectifs réalistes d'amélioration, un suivi des incidents et des évolutions dans le temps, la diffusion des informations un *benchmarking*/confrontation des expériences entre unités, si cela paraît approprié...

Le développement des compétences

La troisième composante stratégique concerne la conception et le déploiement d'un programme intensif de formation des professionnels à la mise en œuvre de stratégies de réduction de l'isolement et de la contention.

Les 9 domaines prioritaires de formation sont :

- ▶ l'approche organisationnelle de la prévention et de la réduction de la contention et de l'isolement ;
- ▶ les points de vue des patients, des familles et des professionnels ;
- ▶ la culture organisationnelle « thérapeutique » ;
- ▶ comprendre les comportements agressifs, l'évaluation du risque et la gestion du risque, les aspects éthiques et légaux de la contention et de l'isolement ;
- ▶ la stratégie thérapeutique ;
- ▶ la communication thérapeutique ;
- ▶ les réponses aux situations d'urgence.

La mise en œuvre d'outils de prévention de la contention et de l'isolement

Cette composante stratégique implique la recherche d'une réduction de la contention et de l'isolement au travers de l'utilisation de plusieurs outils et méthodes d'évaluation intégrés au fonctionnement des équipes et dans les projets thérapeutiques des patients.

Cette stratégie se fonde sur les notions de projet personnalisé de soins, ainsi que de prévention et d'intervention précoce.

Elle prévoit le développement et l'utilisation d'outils d'évaluation pour :

- ▶ identifier les risques de violence et, le cas échéant, l'histoire du patient en matière de contention et d'isolement ;
- ▶ identifier les risques majeurs d'atteinte physique (soi ou les autres) ;
- ▶ identifier une éventuelle histoire traumatique.

Cela suppose aussi de mettre en place :

- un plan personnalisé de désamorçage (ce qui implique d'identifier les signes précurseurs et les préférences du patient en matière de méthode d'apaisement) ;
- une attention au langage, aux expressions discriminatoires ;
- des espaces d'apaisement bien équipés ;
- une attention à la décoration intérieure et à l'environnement physique ;
- des activités thérapeutiques visant l'apprentissage de compétences utiles à une vie autonome.

La participation des usagers

Cette composante stratégique suppose d'organiser une véritable implication des patients, des familles et des proches, ainsi que des représentants d'usagers à différents niveaux de l'organisation, afin de contribuer à la réduction de l'isolement et de la contention.

Les techniques de *debriefing*

Cette composante stratégique concerne l'analyse approfondie de toutes les mesures d'isolement et de contention, et l'utilisation des résultats de l'évaluation pour faire évoluer le plan de soins/projet thérapeutique du patient, ainsi que les procédures et les pratiques, afin de mieux prévenir la répétition de ces mesures.

Il s'agit aussi de prévenir et d'atténuer les éventuelles conséquences traumatiques d'une mise en chambre d'isolement ou d'une contention pour le patient, les professionnels, les témoins.

Elle inclut :

- un *debriefing* immédiatement après l'événement par un médecin sénior ;
- un entretien avec le patient dans un temps opportun (à définir selon la situation et l'état du patient) ;
- un *debriefing* formel qui intervient 1 à plusieurs jours après l'événement et auquel participent, dans la mesure du possible, toute l'équipe, y compris le médecin responsable de la prise en charge du patient. Il s'agit de mettre en œuvre un processus rigoureux de résolution de problème, afin d'identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement ou à la contention.

→ L'évaluation de l'impact des « six stratégies-clés pour la réduction de la contention et de l'isolement »

La mise en œuvre et l'impact du programme "6CS" ont été évalués au travers de quatre études dont un essai contrôlé randomisé (286, 288-290). Les quatre études identifiées sont de nature différente et ont été réalisées dans des contextes variés. Elles suggèrent l'existence d'un impact positif sur la fréquence et la durée des contentions et des mises en chambre d'isolement sans augmentation de la fréquence ou de la sévérité des incidents violents.

A titre d'exemple, l'essai contrôlé randomisé d'Anu Putkonen *et al.*, paru en 2013, est présenté ici (286) :

- l'objectif de l'étude est de mesurer l'impact des 6CS, le modèle ayant été adapté et mis en place en Finlande ;
- l'étude se déroule au sein de l'hôpital qui regroupe la plupart des unités pour malades difficiles du pays (13 unités, 300 patients en 2009). Les patients sont des hommes présentant des troubles psychotiques graves associés à de la violence ;
- la méthode est un essai contrôlé randomisé. L'intervention est mise en œuvre dans deux unités (50 lits), le groupe contrôle est constitué de deux unités (38 lits). Les indicateurs sont la fréquence de jours avec mise en chambre d'isolement/d'observation et contentions, le nombre d'heures d'isolement et de contention/nombre d'heures de prise en charge et le nombre d'incidents violents ;
- l'étude s'est déroulée en 2008 et 2009 (6 mois pour l'essai) ;
- les résultats montrent un effet significatif sur la fréquence des mises en chambre d'isolement et des contentions, ainsi que sur la durée globale des contentions et des isolements.
 - Dans les unités ayant bénéficié de l'intervention, le nombre de mesures de restriction de liberté ont diminué de 50%, la durée des contentions et des isolements a diminué dans les mêmes proportions.
- Pas d'effet significatif sur le nombre d'incidents violents, même si une diminution est notée.

- Les auteurs soulignent que pendant la période d'étude, les mesures ont évolué de manière positive sur l'ensemble de l'établissement. Les professionnels de l'établissement dans son ensemble avaient fait l'objet d'une information sur les 6CS de la part du *leadership*. Le progrès général de la sensibilisation du personnel induit sans doute une minimisation des effets mesurés dans le groupe expérimental.

► **Safewards : un set d'interventions infirmières fondé sur les preuves**

Safewards est un programme d'amélioration élaboré, mis en œuvre et évalué par le Professeur Len Bowers de l'*Institute of Psychiatry* au *King's College* et par une équipe de 15 personnes.

- ▶ L'objectif de ce programme est d'outiller les professionnels (infirmiers) pour mieux répondre aux situations de violence en identifiant des interventions fondées sur les preuves.
- ▶ Le Pr Len Bowers et son équipe ont mis en œuvre une démarche de recherche, afin d'identifier les méthodes les plus efficaces.
- ▶ Après 6 ans de recherche et de conception d'outils entre 2008 et 2013, le programme a été lancé via un site Internet dédié, relayé par les réseaux sociaux. 17 groupes hospitaliers anglais sont engagés dans la démarche et une diffusion à l'étranger est en cours (Allemagne, Suisse).
- ▶ Le site *Safewards* propose un set de 10 interventions infirmières de prévention de la violence en unité psychiatrique, faisables, avec un haut niveau de preuve d'impact.

→ **La conception du programme**

Le cadre conceptuel

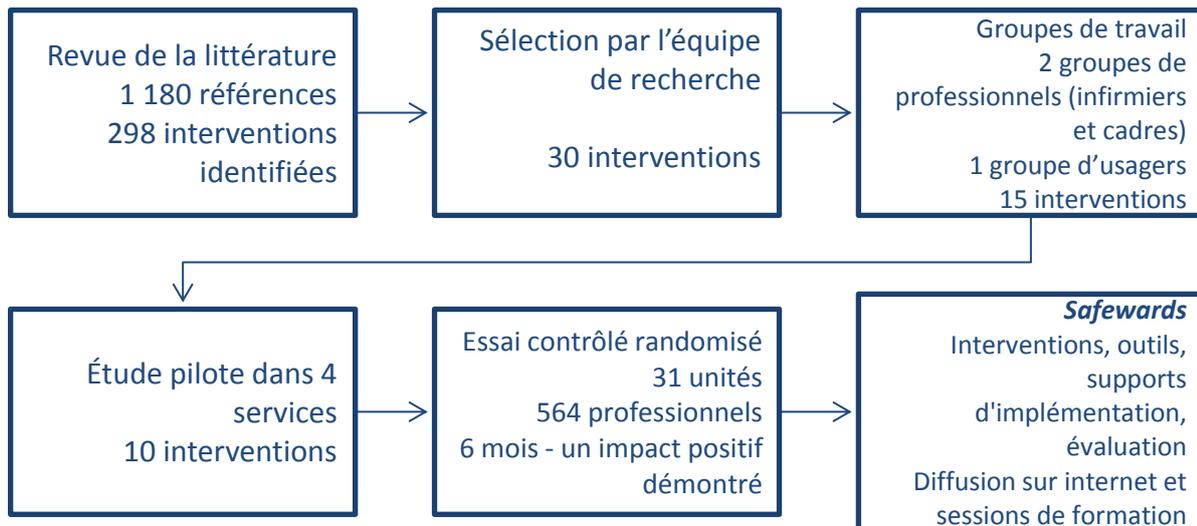
Le programme *Safewards* se fonde sur un cadre conceptuel, prenant en compte la complexité des situations de violence en hospitalisation psychiatrique. Ce modèle est présenté sous forme de schéma dans le chapitre 4. Il se fonde sur une revue de la littérature extensive portant sur 1 180 références.

Le modèle prend en compte :

- l'ensemble des facteurs explicatifs de la violence intrahospitalière en psychiatrie. Plusieurs catégories de facteurs sont distinguées :
 - ▶ les facteurs liés au fonctionnement de l'équipe ;
 - ▶ les facteurs liés à l'environnement « physique » ;
 - ▶ les tensions venues de l'extérieur (visiteurs...) ;
 - ▶ les facteurs liés au groupe de patients hospitalisés dans l'unité ;
 - ▶ les facteurs liés aux caractéristiques individuelles du patient ;
 - ▶ les facteurs liés à l'environnement institutionnel et réglementaire
- les circonstances déclenchantes (« flashpoints ») ;
- l'action possible de l'équipe soignante : le modèle définit les points sur lesquels l'équipe peut agir, la manière dont elle peut jouer un rôle de facteur de protection contre la violence.

La démarche de sélection et de validation des interventions

Le schéma suivant retrace la démarche de l'équipe du Pr Bowers :



→ Les résultats de l'essai randomisé contrôlé

L'essai a concerné 31 unités d'hospitalisation psychiatrique de la région londonienne (les unités situées dans un rayon de 100km autour de Londres étaient concernées par l'essai). 564 professionnels ont participé à l'étude.

Le groupe expérimental était constitué de 16 unités : dans chacune d'entre elles, les 10 interventions infirmières de prévention de la violence « Safewards » ont été mises en œuvre en équipe avec des techniques d'auto-formation.

Le groupe contrôle était constitué de 15 unités et recevait une intervention visant l'amélioration de la santé et de la nutrition des professionnels de santé.

Le calendrier de l'essai était le suivant :

8 semaines de recueil de données « baseline », 8 semaines pour la mise en œuvre, 8 semaines de recueil de données post-intervention.

Les résultats sont les suivants :

- L'intervention paraît avoir un effet sur la réduction du taux d'incidents violents. Une différence significative de 15% entre le groupe intervention et le groupe contrôle est mesurée ;
- L'intervention semble aussi avoir un effet sur la réduction des mesures de restriction de liberté. Une différence significative de 26.4% est mesurée entre le groupe intervention et le groupe contrôle ;
- Il n'y a pas d'effet détecté sur les critères secondaires mesurés au travers de plusieurs questionnaires : culture de service, mesure des attitudes professionnelles, mesure du bien être psychique.

Les limites de l'étude, soulignées par les auteurs, sont les suivantes :

- Le nombre important de données manquantes ;
- La variabilité de l'implication des équipes, la durée de l'étude et les ressources disponibles ne permettant pas un travail en profondeur de mise en œuvre ;
- Comme pour toute évaluation d'une intervention complexe, la difficulté à évaluer la « fidélité » au modèle proposé. une évaluation de la conformité des pratiques au modèle proposé a été réalisée pendant la période de l'étude. Elle montre une hétérogénéité dans l'application des bonnes pratiques du programme.
- La difficulté à interpréter les résultats, notamment à établir le lien de causalité, les ingrédients « actifs » de l'intervention.

→ Le contenu du programme *Safewards*

Les 10 interventions retenues et validées dans le cadre du programme *Safewards* sont les suivantes :

- « Clarifier les attentes et les engagements mutuels » :

- favoriser la connaissance des règles de vie collective et la cohérence de leur application, en établissant des règles de fonctionnement de l'unité sous la forme d'engagements mutuels entre les patients et les professionnels.
- « Les mots *soft* » :
 - aider les professionnels d'une unité psychiatrique à maintenir une posture thérapeutique vis-à-vis des patients, malgré les difficultés.
- « Les mots positifs » :
 - aborder positivement les patients et leur comportement pendant les transmissions infirmières.
- « Atténuer les mauvaises nouvelles » :
 - accompagner un patient qui a reçu des mauvaises nouvelles, afin de limiter les risques de souffrance psychique et de réactions violentes.
- « Mieux se connaître » :
 - favoriser la personnalisation des échanges entre patients et professionnels pour approfondir l'alliance thérapeutique.
- « Réunions d'entraide » :
 - réduire les risques de conflits entre les patients de l'unité.
- « *Talk down* - le désamorçage verbal » :
 - mettre en œuvre une méthode avancée de désamorçage dans les situations qui le nécessitent.
- « Apprendre à se calmer » :
 - développer les capacités d'auto-contrôle du patient avec des méthodes très concrètes.
- « Réassurance » :
 - soutenir et rassurer les patients témoins d'un incident violent.
- « Messages de fin d'hospitalisation » :
 - donner la possibilité aux patients, à la fin de leur séjour, de restituer aux autres patients les aspects positifs de leur expérience dans l'unité.

→ L'impact du programme *Safewards*

L'impact du programme *Safewards* a été évalué au travers d'un essai contrôlé randomisé (286) :

L'essai a concerné 31 unités d'hospitalisation psychiatrique de la région londonienne (les unités situées dans un rayon de 100km autour de Londres étaient concernées par l'essai). 564 professionnels ont participé à l'étude.

Le groupe expérimental était constitué de 16 unités : dans chacune d'entre elles, les 10 interventions infirmières de prévention de la violence « *Safewards* » ont été mises en œuvre en équipe avec des techniques d'auto-formation.

Le groupe contrôle était constitué de 15 unités et recevait une intervention visant l'amélioration de la santé et de la nutrition des professionnels de santé.

Le calendrier de l'essai était le suivant :

8 semaines de recueil de données (période d'observation dit « T0 »), 8 semaines pour la mise en œuvre, 8 semaines de recueil de données post-intervention.

Les résultats sont les suivants :

- l'essai met en évidence une baisse significative du nombre d'incidents violents et du nombre de mesures de restriction de liberté dans les unités ayant mis en œuvre le programme *Safewards* ;
 - L'intervention paraît avoir un effet sur la réduction du taux d'incidents violents. Une différence significative de 15% entre le groupe intervention et le groupe contrôle est mesurée ;

- L'intervention semble aussi avoir un effet sur la réduction des mesures de restriction de liberté. Une différence significative de 26.4% est mesurée entre le groupe intervention et le groupe contrôle ;
- Il n'y a pas d'effet détecté sur les critères secondaires mesurés au travers de plusieurs questionnaires : culture de service, mesure des attitudes professionnelles, mesure du bien être psychique.

Les limites de l'étude, soulignées par les auteurs, sont les suivantes :

- Le nombre important de données manquantes ;
- La variabilité de l'implication des équipes, la durée de l'étude et les ressources disponibles ne permettant pas un travail en profondeur de mise en œuvre ;
- Comme pour toute évaluation d'une intervention complexe, la difficulté à évaluer la « fidélité » au modèle proposé. une évaluation de la conformité des pratiques au modèle proposé a été réalisée pendant la période de l'étude. Elle montre une hétérogénéité dans l'application des bonnes pratiques du programme.
- La difficulté à interpréter les résultats, notamment la difficulté à établir un lien de causalité, à déterminer les ingrédients « actifs » de l'intervention.

6.4 Annexe : Tableau – items de la HCR-20

Historical Clinical Risk-20 (HCR-20), Webster ©, 1997. Adaptation : Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2012;37-510-A-20

Facteurs historiques (score de 0 à 20)	Facteurs cliniques (score de 0 à 10)	Facteurs de gestion du risque (score de 0 à 10)
<ul style="list-style-type: none">▶ H1. Violence antérieure▶ H2. Premier acte de violence pendant l'enfance▶ H3. Instabilité des relations intimes▶ H4. Problèmes d'emploi▶ H5. Problèmes de toxicomanie▶ H6. Maladie mentale grave▶ H7. Psychopathie▶ H8. Inadaptation durant la jeunesse▶ H9. Troubles de la personnalité▶ H10. Échecs antérieurs▶	<ul style="list-style-type: none">▶ C1. Introspection difficile▶ C2. Attitudes négatives▶ C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave▶ C4. Impulsivité▶ C5. Résistance au traitement	<ul style="list-style-type: none">▶ R1. Projet manquant de faisabilité▶ R2. Exposition à des facteurs déstabilisants▶ R3. Manque de soutien personnel▶ R4. Inobservation des mesures curatives▶ R5. Stress

Références

1. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical practice guidelines. London: NICE; 2005.
2. Haute Autorité de Santé. Dangersité 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. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf
3. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline 10. Manchester: NICE; 2015.
<http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
4. Bjørkly S. Psychological theories of aggression: principles and application to practice. Dans: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. New York: Springer; 2006. p. 27-46.
5. Finnema EJ, Dassen T, Halfens R. Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. J Adv Nurs 1994;19(6):1088-95.
6. Uppal G, McMurran M. Recorded incidents in a high-secure hospital: a descriptive analysis. Crim Behav Ment Health 2009;19(4):265-76.
7. Sorgi P, Ratey J, Knoedler DW, Markert RJ, Reichman M. Rating aggression in the clinical setting. A retrospective adaptation of the Overt Aggression Scale: preliminary results. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1991;3(2):S52-S6.
8. Flannery RB, White DL, Flannery GJ, Walker AP. Time of psychiatric patient assaults: fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). Int J Emerg Ment Health 2007;9(2):89-95.
9. Lanza ML, Zeiss R, Rierdan J. Violence against psychiatric nurses: sensitive research as science and intervention. Contemp Nurse 2006;21(1):71-84.
10. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. J Adv Nurs 2000;31(2):452-60.
11. Mortimer AM. Reducing violence on a secure ward. Psychiatr Bull 1995;19(10):605-8.
12. Morrison EF. A hierarchy of aggressive and violent behaviors among psychiatric inpatients. Hosp Community Psychiatry 1992;43(5):505-6.
13. Crowner ML, Peric G, Stepic F, Lee S. Assailant and victim behaviors immediately preceding inpatient assault. Psychiatr Q 2005;76(3):243-56.
14. Richter D, Whittington R. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. New York: Springer; 2006.
15. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique. Paris: Dunod; 2002.
16. Jeammet P. Le passage à l'acte. Imaginaire et Inconscient 2005;2(16):57-63.
17. Jeammet P. La violence comme réponse à une menace sur l'identité. Filigrane 2008;17(1):11-9.
18. Millaud F. La clinique du passage à l'acte. Santé Mentale 2012;(165):22-7.
19. Millaud F. Le passage à l'acte. Paris: Elsevier-Masson; 2009.
20. Combret M. Regard sociologique sur les malades mentaux « dangereux ». Soins Psychiatr 2009;(261):18-21.
21. Bolzinger A. Le concept clinique de crise. Bull Psychol 1982;35(355):475-80.
22. Société francophone de médecine d'urgence. Agitation en urgence (Petit enfant excepté). 9^e conférence de consensus, Toulouse, 6 décembre 2002. Paris: SFMU; 2002.
http://www.sfmou.org/upload/consensus/cc_agitation_1ong.pdf
23. Haefliger T, Borgeat F, Zullino DF. Traitement des états d'agitation : psychiatrie. Méd Hyg 2003;61(2450):1743-9.
24. Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011.
25. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. Psychiatr Serv 1998;49(11):1458-61.

26. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2011;17(3):170-85.
27. Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, *et al.* Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54(7):1012-6.
28. Quanbeck C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29(3):743-60.
29. Quanbeck CD, McDermott BE, Lam J, Eisenstark H, Sokolov G, Scott CL. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. *Psychiatr Serv* 2007;58(4):521-8.
30. Nijman H, Bjørkly S, Palmstierna T, Almvik R. Assessing aggression of psychiatric patients: methods of measurement and its prevalence. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 11-23.
31. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
32. Kay SR, Wolkenfeld F, Murrill LM. Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and prevalence. *J Nerv Ment Dis* 1988;176(9):539-46.
33. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(6):657-63.
34. Nijman HLI, Muris P, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, *et al.* The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggress Behav* 1999;25(3):197-209.
35. Camus D, Gholam-Rezaee M, Kühne N, Duflon J-P, Kaision JM, Moulin V. Using the SOAS-R scale in the Psychiatric Department of the Lausanne University Hospital (PP-CHUV) : lessons and limits after five years. Dans: Callaghan P, Oud N, Bjørngaard JH, Nijman H, Palmstierna T, Almvik R, ed. *Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 8th european congress on violence in clinical psychiatry, Ghent 23 - 26 October 2013.* Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2013. p. 193-8.
36. Bjørkly S. Report form for aggressive episodes: preliminary report. *Percept Mot Skills* 1996;83(3 Pt 2):1139-52.
37. Bowers L, Nijman H, Palmstierna T, Crowhurst N. Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a new scale: the 'attacks' (attempted and actual assault scale). *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):106-9.
38. Nijman HLI, Allertz WFF, Merckelbach HLGJ, A Campo JLMG, Ravelli DP. Aggressive behaviour on an acute psychiatric admission ward. *Eur J Psychiatr* 1997;11(2):106-14.
39. Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(1):12-21.
40. Nijman HLI, Evers C, Merckelbach HLGJ, Palmstierna T. Assessing aggression severity with the revised staff observation aggression scale. *J Nerv Ment Dis* 2002;190(3):198-200.
41. Bjørkly S. Interrater reliability of the Report Form for Aggressive Episodes in group ratings. *Percept Mot Skills* 1998;87(3 Pt 2):1405-6.
42. Bjørkly S. The interrater reliability of the Report Form for Aggressive Episodes. *J Fam Violence* 2000;15:269-79.
43. Institute of Psychiatry, Kings College London, Conflict and Containment Reduction Research Programme, Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, *et al.* Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: King's College; 2011.
<http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mh/projects/litreview/LitRevAgg.pdf>
44. Shah AK, Fineberg NA, James DV. Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(4):305-9.
45. Noble P. Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications. *Int Rev Psychiatry* 1997;9(2-3):207-16.
46. Miller RJ, Zadolinyj K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry* 1993;150(9):1368-73.
47. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001;52(1):75-80.
48. Carr VJ, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM, Tirupati S, Cohen M, *et al.* Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42(4):267-82.
49. Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport annuel 2014. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2014 sur les données 2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf

50. Rioton B, Peltier MP, Guibert S. Les accidents du travail du personnel soignant au cours d'interactions violentes avec des patients en milieu psychiatrique. *Info Psy* 1998;74(2):153-62.

51. Monceau M. Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité. Levallois-Perret: Gaëtan Morin Editeur; 1999.

52. Inspection générale des affaires sociales, Costargent C, Vernerey M. Le cas particulier de la psychiatrie et du secteur psychiatrique : un taux d'exposition au risque accidents du travail élevé. Dans: Inspection générale des affaires sociales, Costargent C, Vernerey M, ed. Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé. Paris: IGAS; 2001. p. 45-7.

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/024000093.pdf

53. Inspection générale de l'administration, Inspection générale des services judiciaires, Inspection générale des affaires sociales. La prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux. Paris: La Documentation française; 2006.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000745/0000.pdf>

54. COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Actes de violence en psychiatrie. Cahier des charges. Paris: Inserm; 2006.

http://www.compaqhpst.fr/data/indicateurs/34_CDC_Actes_violence_V1.1.pdf?

55. NHS Protect. Tables showing the number of reported physical assaults on NHS staff in 2013/14. London: NHS Protect; 2014.

http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/SecurityManagement/Reported_Physical_Assaults_2013-14.pdf

56. Bowers L, Allan T, Simpson A, Nijman H, Warren J. Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: the Tompkins Acute Ward Study. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53(1):75-84.

57. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49(11):1452-7.

58. Wynn R, Bratlid T. Staff's experiences with patients' assaults in a Norwegian psychiatric university hospital. A pilot study. *Scand J Caring Sci* 1998;12(2):89-93.

59. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, *et al.* Workplace

violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003;63(3):311-21.

60. Lanza ML, Schmidt S, McMillan F, Demaio J, Forester L. Support Our Staff: a unique program to help deal with patient assault. *Perspect Psychiatr Care* 2011;47(3):131-7.

61. Estry-Behar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, *et al.* Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. *Presse Méd* 2007;36(1 Cah 1):21-35.

62. Camerino D, Estry-Behar M, Conway PM, van der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *Int J Nurs Stud* 2008;45(1):35-50.

63. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, le Nezet O, Conway PM, *et al.* Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med* 2008;58(2):107-14.

64. Estry-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Info Psy* 2011;87(2):95-117.

65. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996;10(6):365-73.

66. Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav* 2005;31:217-27.

67. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, *et al.* Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1123-33.

68. Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30(2):257-62.

69. Shepherd M, Lavender T. Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *J Mental Health* 1999;8(2):159-70.

70. Daffern M, Mayer MM, Martin T. A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2003;14(1):67-84.

71. Kraus JE, Sheitman BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2004;55(2):183-5.

72. Inspection générale des affaires sociales, Lalande F, Lépine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Tome 1. Paris: IGAS; 2011.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287/0000.pdf>
73. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(4):273-9.
74. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, *et al.* Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62(3):247-55.
75. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;155(3):384-90.
76. Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8(1):77-84.
77. Salerno S, Dimitri L, Talamanca IF. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. *J Occup Health* 2009;51(4):349-54.
78. Krakowski M, Czobor P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999;25(3):505-17.
79. Flannery RB, Farley E, Rego S, Walker AP. Characteristics of staff victims of psychiatric patient assaults: 15-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Psychiatr Q* 2007;78(1):25-37.
80. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58(2):140-9.
81. Crouner ML, Stepic F, Peric G, Czobor P. Typology of patient-patient assaults detected by videocameras. *Am J Psychiatry* 1994;151(11):1669-72.
82. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005;49(3):283-96.
83. Needham I. Psychological responses following exposure to violence. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 295-318.
84. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, *et al.* An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61(6):495-503.
85. Chen SC, Hwu HG, Williams RA. Psychiatric nurses' anxiety and cognition in managing psychiatric patients' aggression. *Arch Psychiatr Nurs* 2005;19(3):141-9.
86. Caldwell MF. Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(8):838-9.
87. Whittington R, Wykes T. Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *J Adv Nurs* 1992;17(4):480-6.
88. Wykes T, Whittington R. Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 1998;9(3):643-58.
89. Kindy D, Petersen S, Parkhurst D. Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Arch Psychiatr Nurs* 2005;19(4):169-75.
90. Murphy D. Risk assessment as collective clinical judgement. *Crim Behav Ment Health* 2002;12(2):169-78.
91. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Méd Psychol* 2005;163(8):668-80.
92. Gillig PM, Markert R, Barron J, Coleman F. A comparison of staff and patient perceptions of the causes and cures of physical aggression on a psychiatric unit. *Psychiatr Q* 1998;69(1):45-60.
93. Powell G, Caan W, Crowe M. What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *Br J Psychiatry* 1994;165(1):107-12.
94. Flannery RB, Flannery GJ, Walker AP. Time of psychiatric patient assaults: twenty-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Int J Emerg Ment Health* 2010;12(4):267-73.
95. Nijman HLI, Merckelbach HLGJ, Allertz WFF, Campo JMLG. Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatr Serv* 1997;48(5):694-8.
96. Kho K, Sensky T, Mortimer A, Corcos C. Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards. *Br J Psychiatry* 1998;172:38-43.
97. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(6):967-74.

98. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16(4):187-95.
99. Mellesdal L. Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. *Psychol Rep* 2003;92(3 Pt 2):1229-48.
100. Schuwey-Hayoz A, Needham I. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Rech Soins Infirm* 2006;(86):108-15.
101. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:30.
102. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999;30(4):934-41.
103. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):110-7.
104. Calabro K, Baraniuk S. Organizational factors related to safety in a psychiatric hospital: employee perceptions. *AAOHN J* 2003;51(10):425-32.
105. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27(1):75-90.
106. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14(2):120-7.
107. Chen WC, Hwu HG, Wang JD. Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *Int J Occup Environ Health* 2009;15(2):173-9.
108. Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 47-68.
109. Nijman HLI. A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):142-3.
110. Bowers L. *The Safewards model.* London: Safewards; 2013.
<http://www.safewards.net/images/pdf/Safewards%20model.pdf>
111. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd Psychol* 2005;163(10):852-65.
112. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Info Psy* 2006;82(8):645-52.
113. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002;106:133-42.
114. Steinert T. Prediction of violence in inpatient settings. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 111-24.
115. Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2012;37-510-A-20.
116. Doyle M, Dolan M. Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behav Sci Law* 2006;24(6):783-98.
117. Mcniel DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(2):133-7.
118. Arango C, Calcedo Barba A, González-Salvador T, Calcedo Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull* 1999;25(3):493-503.
119. Krakowski MI, Czobor P. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(7):700-5.
120. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, van der Merwe M, Jeffery D. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(4):260-71.
121. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):459-65.
122. Newton VM, Elbogen EB, Brown CL, Snyder J, Barrick AL. Clinical decision-making about inpatient violence risk at admission to a public-sector acute psychiatric hospital. *J Am Acad Psychiatry Law* 2012;40(2):206-14.
123. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(4):250-4.
124. Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient

setting. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):776-80.

125. Fluttert F, van Meijel B, Webster C, Nijman H, Bartels A, Grypdonck M. Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Arch Psychiatr Nurs* 2008;22(4):208-16.

126. Fluttert FA, van Meijel B, Nijman H, Bjorkly S, Grypdonck M. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *J Clin Nurs* 2010;19(11-12):1529-37.

127. Fluttert FAJ. Management of inpatient aggression in forensic mental health nursing. The application of the early recognition method [thesis]. Arnhem: Gildeprint Drukkerijen - Enschede; 2010. http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Fluttert_2010.pdf

128. Lanquetin JP, Delgado B, Burte C. Clinique d'ambiance et travail en équipe. *Soins Psychiatrie* 2007;(248):36-40.

129. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(4):214-26.

130. Carmel H, Hunter M. Staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(1):41-6.

131. Lanza ML, Kayne HL, Hicks C, Milner J. Environmental characteristics related to patient assault. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15(3):319-35.

132. Duxbury JA, Björkdahl A, Johnson S. Ward culture and atmosphere. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 273-91.

133. Finfgeld-Connett D. Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(9):530-7.

134. Alexander J, Bowers L. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(5):623-31.

135. Kovess-Masféty V, Severo D, Causse D, Pascal JC. *Architecture et psychiatrie.* Paris: Le Moniteur; 2004.

136. Estry-Béhar M. *Ergonomie hospitalière : théorie et pratique.* 2^{nde} éd augmentée. Toulouse: Octares; 2011.

137. Gross R, Sasson Y, Zarhy M, Zohar J. Healing environment in psychiatric hospital design. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20(2):108-14.

138. Evans GW. The built environment and mental health. *J Urban Health* 2003;80(4):536-55.

139. Karlin BE, Zeiss RA. Best practices: environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv* 2006;57(10):1376-8.

140. Nijman HLI, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 1999;50(6):830-1.

141. Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013;202:142-9.

142. Gadon L, Johnstone L, Cooke D. Situational variables and institutional violence: a systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2006;26(5):515-34.

143. Daffern M, Mayer M, Martin T. Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *Int J Ment Health Nurs* 2006;15(2):93-9.

144. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(2):172-8.

145. Ray CL, Subich LM. Staff assaults and injuries in a psychiatric hospital as a function of three attitudinal variables. *Issues Ment Health Nurs* 1998;19(3):277-89.

146. Spokes K, Bond K, Lowe T, Jones J, Illingworth P, Brimblecombe N, *et al.* HOVIS. The Hertfordshire/Oxfordshire Violent Incident Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(2):199-209.

147. Trenoweth S. Perceiving risk in dangerous situations: risks of violence among mental health inpatients. *J Adv Nurs* 2003;42(3):278-87.

148. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(1):90-9.

149. Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry* 1990;53(3):262-77.

150. Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2012;63(1):40-7.

151. Groupe de recherche en soins infirmiers, Lanquetin JP, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Rapport de recherche. Bron: GRSI; 2012.
<https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Rapport-GRSI-Impact-Informel-Infirmier-Psychiatrie-2012.pdf>.
152. Morrison EF. The tradition of toughness: a study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Image J Nurs Sch* 1990;22(1):32-8.
153. Breeze JA, Repper J. Struggling for control: the care experiences of 'difficult' patients in mental health services. *J Adv Nurs* 1998;28(6):1301-11.
154. Whittington R, Richter D. Interactional aspects of violent behavior on acute psychiatric wards. *Psychol Crime Law* 2005;11(4):377-88.
155. Hunter ME, Love CC. Total quality management and the reduction of inpatient violence and costs in a forensic psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 1996;47(7):751-4.
156. Quirk A, Lelliott P, Seale C. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Soc Sci Med* 2004;59(12):2573-83.
157. Lanquetin JP. L'invisible réalité des soins informels infirmiers. *Soins Psychiatrie* 2013;(284):12-6.
158. Whittington R, Wykes T. An observational study of associations between nurse behaviour and violence in psychiatric hospitals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1994;1(2):85-92.
159. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1996;35(Pt 1):11-20.
160. Kumar S, Guite H, Thornicroft G. Service users' experience of violence within a mental health system: a study using grounded theory approach. *J Mental Health* 2001;10(6):597-611.
161. Carlsson G, Dahlberg K, Lutzen K, Nystrom M. Violent encounters in psychiatric care: a phenomenological study of embodied caring knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 2004;25(2):191-217.
162. Bensley L, Nelson N, Kaufman J, Silverstein B, Shields JW. Patient and staff views of factors influencing assaults on psychiatric hospital employees. *Issues Ment Health Nurs* 1995;16(5):433-46.
163. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(3):325-37.
164. Benson A, Secker J, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Soc Sci Med* 2003;57(5):917-26.
165. Ilkiw-Lavalle O, Grenyer BFS. Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatr Serv* 2003;54(3):389-93.
166. Hinsby K, Baker M. Patient and nurse accounts of violent incidents in a medium secure unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(3):341-7.
167. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2005;50(5):469-78.
168. Fagan-Pryor EC, Haber LC, Dunlap D, Nall JL, Stanley G, Wolpert R. Patients' views of causes of aggression by patients and effective interventions. *Psychiatr Serv* 2003;54(4):549-53.
169. Meehan T, McIntosh W, Bergen H. Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(1):19-25.
170. Abderhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users' perceptions and views on violence and coercion in mental health. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 69-92.
171. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999;6(2):107-14.
172. Morrison E, Morman G, Bonner G, Taylor C, Abraham I, Lathan L. Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16(3):108-17.
173. Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. *Prévention et gestion de la violence dans les services de psychiatrie belges : les pratiques actuelles respectent-elles les recommandations internationales ?* Bruxelles: SPF; 2009.
174. Chazalet N, Perrin-Niquet A. Vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Encycl Méd Chir Savoirs Soins Infirmiers* 2013;60-705-G-10.
175. Crichton J. The response of nursing staff to psychiatric inpatient misdemeanour. *J Forensic Psychiatry* 1997;8(1):36-61.

176. Zuzelo PR, Curran SS, Zeserman MA. Registered nurses' and behavior health associates' responses to violent inpatient interactions on behavioral health units. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18(2):112-26.
177. Ryan CJ, Bowers L. Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12(6):695-702.
178. Morrison EF. Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Sch Inq Nurs Pract* 1990;4(1):65-82.
179. Friard D. La relation d'incivilité. *Soins Psychiatrie* 1999;(205):4-9.
180. Lanquetin JP. L'agitation en psychiatrie, quels repères pour quels soins ? *Soins Psychiatrie* 2002;(222):16-22.
181. Friard D. L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soin ? Paris: Elsevier Masson; 2002.
182. Letendre R. The everyday experience of psychiatric hospitalization: the users' viewpoint. *Int J Soc Psychiatry* 1997;43(4):285-97.
183. Goodwin I, Holmes G, Newnes C, Waltho D. A qualitative analysis of the views of in-patient mental health service users. *J Mental Health* 1999;8(1):43-54.
184. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC. Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1134-8.
185. Alexander J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(5):543-53.
186. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, *et al.* L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale* 2011;37(Suppl 1):S4-S10.
187. Cowman S. Safety and security in psychiatric clinical environments. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings*. New York: Springer; 2006. p. 253-72.
188. Lepping P, Steinert T, Needham I, Abderhalden C, Flammer E, Schmid P. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(7):629-35.
189. Brickell TA, McLean C. Emerging issues and challenges for improving patient safety in mental health: a qualitative analysis of expert perspectives. *J Patient Saf* 2011;7(1):39-44.
190. Flannery RB. The Assaulted Staff Action Program (ASAP): ten year empirical support for critical incident stress management (CISM). *Int J Emerg Ment Health* 2001;3(1):5-10.
191. Chaltiel P. Vers un observatoire de la violence. *Info Psy* 2002;78(9):911-9.
192. Grégoire F, Halimi Y, Necchi G, Pidolle A. Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens [Actes du colloque « Journées d'études », 6 avril 2005, Paris]. Le Château d'Olonne: Orbestier; 2005.
193. Halos J, Lajugie C, Delplanque R. Gestion institutionnelle de la violence envers les personnels en psychiatrie. *Santé au travail (1/2) [dossier]. Le pouvoir des organisations*. *Soins Cadres* 2005;14:28-31.
194. Haute Autorité de Santé. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf
195. Haute Autorité de Santé. Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. Note de cadrage. En vue de la réalisation de fiches mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf
196. National Association of State Mental Health Program Directors. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. Alexandria: NASMHPD; 2008.
<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
197. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, *et al.* Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21(4):354-64.
198. Maître E, Debien C, Nicaise P. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale* 2013;39(4):244-51.
199. Lewis G, Doyle M. Risk formulation: what are we doing and why? *Int J Forensic Ment Health* 2009;8(4):286-92.
200. Lamont S, Brunero S. Risk analysis: an integrated approach to the assessment and management of aggression/violence in mental health. *J Intensive Psychiatr Care* 2009;5(1):25-32.

201. Gravier B, Moulin V, Senon JL. L'évaluation actuarielle de la dangerosité : impasses éthiques et dérives sociétales. *Info Psy* 2012;88(8):599-604.
202. Millaud F, Dubreucq JL. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Info Psy* 2012;88(6):431-7.
203. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart S. HCR-20: Assessing the Risk for Violence. Version 2. Vancouver: Simon Fraser University; 1997.
204. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
205. Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, *et al.* Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):473-8.
206. Ogloff JRP, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006;24(6):799-813.
207. Dumais A, Larue C, Michaud C, Goulet MH. Predictive validity and psychiatric nursing staff's perception of the clinical usefulness of the French version of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33(10):670-5.
208. Department of Health of Western Australia. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: DOH; 2006.
http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/Mental_Illness/HP8973_The_management_of_disturbed_violent_behaviour.pdf
209. Khazaal Y, Manghi R, Delahaye M, Machado A, Penzenstadler L, Molodynski A. Psychiatric advance directives, a possible way to overcome coercion and promote empowerment. *Front Public Health* 2014;2:37.
210. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
211. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf
212. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract* 2007;13(5):308-17.
213. Hellerstein DJ, Seirmarco G, Almeida G, Batchelder S. Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: a pilot study. *Medscape J Med* 2008;10(12):271.
214. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Clinical best practice guidelines. Toronto: RNAO; 2012.
http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf
215. Visalli H, McNasser G. Un modèle efficace de pratique sans contention. *Soins Psychiatrie* 2000;210:30-2.
216. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, Paris, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 24 et 25 novembre 2004. Textes des recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf
217. National Institute for Mental Health in England. Mental health policy implementation guide. Developing positive practice to support the safe and therapeutic management of aggression and violence in mental health in-patient settings. Leeds: NIMHE; 2004.
<http://www.teamteach-tutors.co.uk/guidance/documents/NIMHE%20guidance%20feb04.pdf>
218. Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé appliqué à la diminution de la contention physique chez la personne âgée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2006.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cppa_-_rapport_final_.pdf
219. New York State Office of Mental Health. Comfort Rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. Ideas and instructions for implementation. Albany: OMH; 2009.
http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publication/comfort_room/comfort_rooms.pdf

220. Sivak K. Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2012;50(2):24-34.
221. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010;48(6):26-30.
222. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(1):64-73.
223. Richter D. Nonphysical conflict management and deescalation. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 125-44.
224. Ambrosini G, Noël V. Repères pour prévenir la violence. *Santé Mentale* 2007;(123):12-4.
225. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(4):310-9.
226. Safewards. Talk down. London: Safewards; 2013.
<http://www.safewards.net/images/pdf/Talk%20Down%20website%20download.pdf>
227. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *Presse Méd* 2014;44(1):20-6.
228. Guedj Bourdieu MJ, Launay C. Agitation et sédation médicamenteuse. *Santé Mentale* 2014;(187):32-5.
229. Lebain P. Sémiologie et thérapeutique de l'agitation. *Santé Mentale* 2014;(187):26-31.
230. Millet B, Vanelle JM, Benyaya J. Psychotropes et urgences. Dans: Millet B, Vanelle JM, Benyaya J, ed. *Prescrire les psychotropes*. 2^e ed. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 353-60.
231. Dejean Y, Bleton L. Thérapeutique d'urgence en psychiatrie : place des psychotropes. *Ann Psychiatrie* 1999;14(2):140-3.
232. Danet F, Achache P, Bouchereau. Psychotropes et violence. *Santé Mentale* 2003;(82):47-50.
233. L'heureux P, Penalzoza A. Utilisation et effets secondaires des médicaments administrés pour contrôler l'agitation aiguë et les comportements violents. *J Eur Urg* 2003;16(2):199-211.
234. Tellier O. Urgence : une certaine conception de la sédation. *Santé Mentale* 2004;(90):16-9.
235. Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HLI, Olivier B, Egberts TCG. The pharmacological management of aggression. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management* New York: Springer; 2006. p. 173-90.
236. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. *L'Encéphale* 2011;37(6):448-56.
237. Institute of Psychiatry, Conflict and Containment Reduction Research Programme, Stewart D, Bilgin H, Bowers L. Special observation in psychiatric hospitals: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: King's College; 2010.
<http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevSpecObs.pdf>
238. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: ANAES; 1998.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266776/fr/l-audit-clinique-applique-a-l-utilisation-des-chambres-d-isolement-en-psychiatrieguide
239. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>
240. Lipsedge M. Risk management in psychiatry. Dans: Vincent C, ed. *Clinical risk management. Enhancing patient safety*. 2nd edition. London: BMJ Books; 2001. p. 219-40.
241. Canadian Patient Safety Institute, Ontario Hospital Association. Patient safety and mental health. Edmonton: CPSI;OHA; 2009.
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf>
242. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Guide méthodologique. Paris: ANAES; 2002.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06_10_16_43_41.pdf
243. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm

244. Fédération hospitalière de France, Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2012.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reflexes_ONVS.pdf

245. New Logic Organizational Learning. Creating a culture of care. A toolkit for creating a trauma-informed environment. Austin: Texas Department of State Health Services; 2011.

<http://www.dshs.state.tx.us/layouts/contentpage.aspx?pageid=35959&id=8589958752&terms=STARS>

246. Bonner G, Wellman N. Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010;48(7):35-40.

247. Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.

<http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf>

248. Whitecross F, Seery A, Lee S. Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22(6):512-21.

249. Oud N. Aggression management training programs: contents, implementation, and organization. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings*. New York: Springer; 2006.

250. United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting. The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care. A summary. London: UKCC; 2002.

251. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *Int J Ment Health Nurs* 2005;14(1):44-53.

252. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2005;42(6):649-55.

253. Robitaille MJ. La formation *Oméga* : apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention* 1999;22(4):8-9.

254. Robitaille MJ. *Oméga* : apprendre à gérer les crises de violence. *Objectif Prévention* 2009;32(1):20-1.

255. Bourgeois E. *Oméga*, pacifier les états d'agitation. *Santé Mentale* 2014;(187):72-6.

256. Morrison EF. An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* 2003;17(4):146-55.

257. Collins J. Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. *J Adv Nurs* 1994;20(1):117-31.

258. Whittington R, Wykes T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *J Clin Nurs* 1996;5(4):257-61.

259. Calabro K, Mackey TA, Williams S. Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23(1):3-15.

260. Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):1022-6.

261. Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury JA, Halfens RJ. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(2):197-204.

262. Corbeil D, Pineault M, Bérubé D, Beauvais L. Preventing aggressive behaviour in mental health. An integrated approach. *Mental Health Serv* 2011;3(3):10-3.

263. Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(5):396-404.

264. Richter D, Needham I, Kunz S. The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*. New York: Springer; 2006. p. 211-27.

265. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs* 2010;6(1):15-28.

266. Fisher WA. Elements of successful restraint and seclusion reduction programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract* 2003;9(1):7-15.
267. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal model®. Birmingham: Birmingham and Solihull Mental Health Trust; 2004.
268. Centre régional de ressources pour l'optimisation du management et des organisations, Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France. La gestion de la violence en milieu psychiatrique : des solutions organisationnelles nouvelles pour améliorer les conditions de travail du personnel. Paris: ARHIF; 2004.
www.parhtage.sante.fr/re7/idf/doc.nsf
269. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJ, *et al.* The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(5):595-601.
270. Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12(6):703-12.
271. Goriot E. Rôle des équipes de soins dans l'évaluation et la prévention de l'agressivité. *Ann Méd Psychol* 2005;163(10):827-30.
272. Lipscomb J, McPhaul K, Rosen J, Brown JG, Choi M, Soeken K, *et al.* Violence prevention in the mental health setting: the New York state experience. *Can J Nurs Res* 2006;38(4):96-117.
273. McKenna KJ, Paterson B. Locating training within a strategic organizational response to aggression and violence. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 231-51.
274. Department of Health. Best practice in managing risk. Principles and evidence for best practice in the assessment and management of risk to self and others in mental health. London: DOH; 2007.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_076512.pdf
275. Bowers L, Flood C, Brennan G, Allan T. A replication study of the City nurse intervention: reducing conflict and containment on three acute psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15(9):737-42.
276. Peek-Asa C, Casteel C, Allareddy V, Nocera M, Goldmacher S, Ohagan E, *et al.* Workplace violence prevention programs in psychiatric units and facilities. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23(2):166-76.
277. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31(3):181-97.
278. McLaughlin S, Bonner G, Mboche C, Fairlie T. A pilot study to test an intervention for dealing with verbal aggression. *Br J Nurs* 2010;19(8):489-94.
279. Bardiau F, Dupont X, Lesoil L, van Cang G. Prévenir et gérer la violence. *Hospitals.be* 2011;9(3):7-13.
280. Allen DE, de Nesnera A, Cummings K, Darling FE. Transforming the culture of caring. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2011;49(1):45-9.
281. Vojt G, Slesser M, Marshall L, Thomson L. The clinical reality of implementing formal risk assessment and management measures within high secure forensic care. *Med Sci Law* 2011;51(4):220-7.
282. Janner M, Delaney KR. Safety issues on British mental health wards. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2012;18(2):104-11.
283. Allen DE. Staying safe. Re-examining workplace violence in acute psychiatric settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013;51(9):37-41.
284. Antonysamy A. How can we reduce violence and aggression in psychiatric inpatient units? *BMJ Qual Improv Report* 2013;2:u201366.w834.
285. Corbeil D, Beauvais L, Pineault M, Bérubé D. Prévenir les comportements agressifs de la clientèle : une approche intégrée. *Objectif Prévention* 2013;36(2):21-3.
286. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnanen OP, Kautiainen H, *et al.* Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64(9):850-5.
287. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, *et al.* Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52(9):1412-22.
288. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011;24(1):11-5.
289. Wale JB, Belkin GS, Moon R. Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care. *Perm J* 2011;15(2):57-62.
290. SAMHSA'S National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Six core strategies to

prevent conflict and violence: reducing the use of
seclusion and restraint. Rockville: SAMHSA; 2012.

Bibliographie additionnelle

FAD 3. Dépôt de plainte. Gest Hosp 2015;(540):564-6.

FAD 4. Signalement au procureur de la République des crimes et délits. Gest Hosp 2014;(540):566-9.

Abdel-Baki A, Turnbull J, Chaltiel P, Nguyen A. Psychose et impulsivité : un mauvais mariage. Psychiatr Violence 2015;12(1).

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui. Longueuil: ASSSM; 2010. http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3789/Protocoles_intervention_agressivite.pdf

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et prise en charge thérapeutique de la douleur chez les personnes âgées ayant des troubles de la communication verbale. Paris: ANAES; 2000. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulpersag.pdf>

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2003. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_d_e_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2008. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Saint-Denis: ANESM; 2009. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les « comportements-problèmes » au sein des

établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses. Lettre de cadrage. Saint-Denis: ANESM; 2015. http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_RBPP_comportements_PBL.pdf

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Haute Autorité de Santé. 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Lyon;Saint-Denis La Plaine: ANACT;HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

Alezrah C. Considérer l'autre comme semblable. Info Psy 2005;81(4):333-6.

Alezrah C. Réponse d'un service hospitalier à la dangerosité. Info Psy 2009;85(8):735-44.

Alezrah C. Soigner pour vaincre les stigmatisations en santé mentale? Info Psy 2007;83(8):698-700.

Andrieu JP. Éthique et isolement en Psychiatrie. Soins Psychiatr 2014;(294):16-20.

Ardic-Pulas T, Choucraallah I. L'écoute et l'échange pour désamorcer la violence dans les soins. Soins Aides-Soignantes 2010;7(36):18-9.

Baillon G. Les usagers au secours de la psychiatrie. Paris: ERES; 2009.

Benaïche A. Evaluer la relation de soin face à l'agitation. Santé Mentale 2014;(187):60-5.

Biéder J. « Le commissaire est bon enfant », ou quand la violence nous atteint. Ann Méd Psychol163(10):811-5.

Bisconer SW, Green M, Mallon-Czajka J, Johnson JS. Managing aggression in a psychiatric hospital using a behaviour plan: a case study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006;13(5):515-21.

Blair DT. Assaultive behavior. Does provocation begin in the front office? J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1991;29(5):21-6.

Bogar M. La relaxation pour désamorcer les passages à l'acte chez les schizophrènes dangereux. Soins Psychiatr 2015;(296):28-31.

Bouchard JP. Paranoïa, schizophrénie, délires de persécution et dangerosité. Soins Psychiatrie 2010;31(268):38-42.

Bouchard JP. Pathologies mentales et passages à l'acte dangereux. Soins Psychiatr 2015;(296):12-6.

Bouchard JP. Prévenir les passages à l'acte dangereux psychotiques. Soins Psychiatr 2015;(296):22-7.

Bouvel B. Etat d'agitation. Orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence, avec la posologie médicamenteuse. Rev Prat 2001;51(2):215-21.

Bowers L. Dangerous and severe personality disorder: response and role of the psychiatric team. London: Routledge; 2002.

Bowers L, Simpson A, Alexander J. Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38(7):402-8.

Briner M, Manser T. Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. BMC Health Serv Res 2013;13:44.

Budet JM. Graph 2002. La violence. Gest Hosp 2003;(423):148-50.

Callaghan,P, Palmstierna,T, Nijman,H, Oud,N. Proceedings of the 5th european congress on violence in clinical psychiatry, 25-27 october 2007 congress centre "De Meervaart", Amsterdam. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2007.
http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_5th_Violence_in_Clinical_Psychiatry_2007.pdf

Carter AJ, West MA. Sharing the burden: team work in health care setting. In: Firth-Cozens J, Payne RL, ed. Stress in health professionals. Chichester: John Wiley; 1999. p. 191-202.

Chazalet N. Le management, un outil de contenance. Soins Psychiatr 2014;(295):30-2.

Christenfeld R, Wagner J, Pastva G, Acrish WP. How physical settings affect chronic mental patients. Psychiatr Q 1989;60(3):253-64.

Cintas C. Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ? Humanisme Entreprise 2010;61-80.

Coffin JC. Les malades dans l'institution psychiatrique au XX^e siècle. Le psychiatre face à la violence du malade mental. In: Guignard L, Guillemain H, Tison S, ed. Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles). Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2013. p. 275-282.
Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Questions Econ Santé 2014;(202).

Collectif Interassociatif sur la Santé. Usagers du système de santé : connaissez & faites valoir vos droits ! Guide destiné aux usagers et à leur entourage. Paris: Le CISS; 2013.
<http://www.leciss.org/sites/default/files/Guide-CISS-Sante-BD.pdf>

Collège national des universitaires en psychiatrie Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. Tours: Presses Universitaires François Rabelais; 2014.

Combiere-Veuillet C, du Mortier P. La violence dans l'institution psychiatrique. J Psychol 2006;8(241):44-8.

Compagnon,C, Ghadi,V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.
[https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2004\)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2004)10&Language=lanFrench&Ver=original&Site=COE&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864)

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

Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. The Microsystem Academy at The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice 2015.
<<http://clinicalmicrosystem.org/program/>> [consulté en 01/2016].

De Beaurepaire C. Prise en charge des malades mentaux dangereux : état des lieux. Santé Mentale 2008;(128):22-9.

Del Cul A, Gaillard RI. Les comportements violents chez les patients schizophrènes. Abstr Psychiatrie 2007;(26):8-10.

Department of Veterans Affairs. Design guide: mental health facilities. Washington: VA; 2010.
<http://www.cfm.va.gov/til/dguide/dgmh.pdf>

Deprince J, Ethuin C, Gall M, Haddouche A, Lepla A, Meaux A, et al. Audit croisé inter-établissements sur l'isolement thérapeutique dans la région Nord-Pas-de-Calais. Soins Cadres 2009;18(70):37-40.

Dispositif expert régional pour les adolescents en difficulté. Violences, 21 et 22 novembre 2011. Les actes du colloque DERPAD. Paris: DERPAD; 2012.

Di Silvestre S, de Miribel J, Zeghers D, Boussemaere M, Dirou L, Belkadi N, *et al.* Je vais retourner toute l'unité?! Santé Mentale 2014;(187):78-81.

Dubreucq JL, Millaud F. Prévenir la violence en psychiatrie. Santé Mentale 2012;(165):76-81.

Dunet L. La conception architecturale de bâtiments de soins psychiatriques. Soins Psychiatrie 2012;33(280):20-2.

Duxbury J, Wright K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? Nurs Times 2011;107(9):22-5.

Elchardus JM. Le souci de sécurité dans les services d'urgence. In: Association nationale des psychiatres, Centre international de sciences criminelles et pénales, Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, ed. Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens. [Actes du colloque « Journées d'études », 6 avril 2005, Paris]. Le Château d'Olonne: Orbestier; 2005. p. 105-112.

Encinares M, Pullan S. The balancing act. Collaboration between frontline forensic staff and hospital administration. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2003;41(12):36-45.

Estryn-Behar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: EHESP; 2000.

Fau-Vincenti V. Folie violente/folie dangereuse. De la fureur à la dangerosité. Vers les UMD, questionnements, tâtonnements et mise en oeuvre : Gaillon (1876) et Villejuif (1910). In: Guignard L, Guillemain H, Tison S, ed. Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles). Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2013. p. 69-80.

Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. Paris: FFP; 2015.
http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf

Fédération nationale des associations d'(ex) patients en psychiatrie. Charte de l'usager en santé mentale. Paris: FNAPSY; 2015.
http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/droit/charte_usager.html

Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. Processus de prévention et de gestion des situations de violences en institutions. Calluire: UNIFAF Rhône-Alpes; 2006.
http://www.unifaf.fr/attached_file/componentId/kmelia149/attachmentId/3578/lang/fr/name/gestion%20violence.pdf

Friard D. De l'agitation à la violence. Santé Mentale 2014;(187):20-4.

Friard D, Derabours N, Dignonnet E, Leyreloup AM, Lavoine PL. Violences au quotidien [dossier]. VST 1999;45(63):13-27.

Gander E. Malaise dans l'institution. Soins Psychiatrie 2002;(222):23-8.

Godart P. Sécurité des soins. In: Association nationale des psychiatres, Centre international de sciences criminelles et pénales, Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, ed. Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens. [Actes du colloque « Journées d'études », 6 avril 2005, Paris]. Le Château d'Olonne: Orbestier; 2005. p. 181-188.

Goedhard LE, Stolker JJ, Heerdink ER, Nijman HL, Olivier B, Egberts TC. Pharmacotherapy for the treatment of aggressive behavior in general adult psychiatry: a systematic review. J Clin Psychiatry 2006;67(7):1013-24.

Grison-Curinier J. La contenance psychique à l'épreuve de la crise. Soins Psychiatr 2014;(295):18-22.

Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. Clin Psychol Rev 2011;31(6):883-99.

Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. L'Encéphale 2013;39(4):237-43.

Gulak MB. Architectural guidelines for state psychiatric hospitals. Hosp Community Psychiatry 1991;42(7):705-7.

Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fennig S. Predictions made by psychiatrists and psychiatric nurses of violence by patients. Psychiatr Serv 2002;53(5):622-4.

Haque Q, Cree A, Webster C, Hasnie B. Best practice in managing violence and related risks. Psychiatr Bull 2008;32:403-5.

Hatling T, Douzenis A, Maguire J. Diversity and consistency in the legal management of involuntary

admission and treatment across Europe. In: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. New York: Springer; 2006. p. 95-110.

Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf

Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

Haute Autorité de Santé. Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans : prévention et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/12irp09_argumentaire_011214.pdf

Haute Autorité de Santé. Gestion des risques en équipe. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf

Haute Autorité de Santé. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf

Haute Autorité de Santé. Le patient traceur. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf

Haute Autorité de Santé, Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisation en santé, Réseau bas-normand, Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté. Les principes de bientraitance : déclinaison d'une charte. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf)

[10/bientraitance - charte_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_charte_guide.pdf)

Haute Autorité de Santé. Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratiques (GAP), les pratiques réflexives sur situations réelles. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf

Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de DPC. Développement professionnel continu (DPC). Mise à jour janvier 2015. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf

Haute Autorité de Santé. PACTE - Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-

Haute Autorité de Santé, Alliance nationale des associations en milieu de santé, Assistance publique-hôpitaux de Paris, Hôpitaux universitaires est parisien, Centre hospitalier sainte Anne, Cité de la santé, *et al.* Participation des usagers dans les établissements de santé. Quelle évolution depuis 10 ans ? Actes du colloque, 9 mars 2012. Auditorium de la Cité des sciences et de l'industrie, Paris. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/actes_colloque_usagers_9_mars_2012.pdf

Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE). Debriefing. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-07/4_pages_fiche_debriefing_vd_2016-07-26_17-23-25_588.pdf

Haute Autorité de Santé. Promotion de la bientraitance. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance

Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine:

HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf

Haute Autorité de Santé. S'impliquer dans la certification pour faire valoir le point de vue des usagers. Guide à destination des représentants des usagers. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/guide_representantsusagers_certification.pdf

Haute Autorité de Santé. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante

Haute Autorité de Santé. Simulation en santé. Développement professionnel continu. Fiche technique méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/simulation_en_sante_fiche_technique.pdf

Hollnagel E. Safety-I and Safety-II. The past and future of safety management. Ashgate Publishing Company: Farnham; 2014.

Hornsveld RHJ, Nijman HLI, Hollin CR, Kraaimaat FW. Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients: method and clinical practice. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2008;52(2):222-33.

Hureau J, Olié JP, Archambault JP. Evaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique. *Bull Acad Natle Méd* 2012;196(8):1685-707.

Hyvert L. Soins contenant, alliance thérapeutique et bientraitance. *Soins Psychiatr* 2014;(294):21-4.

Institut canadien pour la sécurité des patients, Association des hôpitaux de l'Ontario. La sécurité des patients et la santé mentale. Edmonton: ICSP;AHO; 2009.
https://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/PatientSafety/Documents/Mental%20Health/CPSI_mentalhealth_FR.pdf

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. C3. Le jeu de rôle. Techniques pédagogiques pour la formation. Saint-Denis: INPES; 2015.
<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/C3.pdf>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Techniques pédagogiques pour la formation. Saint-Denis: INPES; 2011.
<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/C3.pdf>

[education/pdf/C3.pdf](http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/C3.pdf)

Isserlis C. Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie. *Pluriels* 2012;(98).

Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatr Serv* 2001;52(2):232-4.

Jonas C, Senon JL. Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2004.

Josse E. Le debriefing psychologique dans un cadre professionnel 2013. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/debriefing_prof.pdf

Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(3):433-42.

Kaszuba M. Estimation du risque d'apparition des comportements agressifs. *Rev Méd Brux* 2012;33(1):26-38.

Krakowski M, Czobor P. Violence in psychiatric patients: the role of psychosis, frontal lobe impairment, and ward turmoil. *Compr Psychiatry* 1997;38(4):230-6.

Lanza ML, Rierdan J, Forester L, Zeiss RA. Reducing violence against nurses: the violence prevention community meeting. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(12):745-50.

Lanza ML. The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hosp Community Psychiatry* 1983;34(1):44-7.

Laude A, Mathieu B, Tabuteau D. Droit de la santé. Paris: PUF; 2012.

Le Bihan P. Approche de la violence en unité pour malades difficiles. *Rev Neuropsychiatr Ouest* 1999;37(126):21-6.

Le Bihan P, Bénézech M. Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales. *J Méd Légale droit Méd* 2011;54(3):109-33.

Le Van Huy R. Prise en charge en chambre de soins intensifs: entre applications, contraintes et contradictions. *Soins Psychiatr* 2014;(294):25-9.

Lejoyeux M, Nivoli F, Basquin A, Petit A, Chalvin F, Embouazza H. An Investigation of Factors Increasing the Risk of Aggressive Behavior among Schizophrenic Inpatients. *Front Psychiatry* 2013;4:97.

- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13(Suppl 1):i85-i90.
- Longneaux JM. Prendre soin et violence. *Soins Psychiatrie* 2000;(210):21-5.
- Love CC, Hunter M. The Atascadero State Hospital experience. Engaging patients in violence prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1999;37(9):32-6.
- Lovell AM, Cook J, Velpry L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2015;56(3):197-207.
- Lynch DM, Noel HC. Integrating DSM-IV factors to predict violence in high-risk psychiatric patients. *J Forensic Sci* 2010;55(1):121-8.
- Maden A. Violence risk assessment: the question is not whether but how [editorial]. *Psychiatr Bull* 2005;29:121-2.
- Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(2):143-51.
- Maraschin J. Violences à l'hôpital, la place des cadres de santé. *Objectif Soins* 2011;(196):10.
- Marcel E. Dangerosité(s) et pratiques de secteur. *Perspectives Psy* 2005;44(3):182-7.
- Mason T. Seclusion and learning disabilities: research and deduction. *Br J Dev Disabil* 1996;42(83):149-60.
- Mauranges, A. Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. Paris: MNH; 2011.
- Mayers P, Keet N, Winkler G, Flisher AJ. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *Int J Soc Psychiatry* 2010;56(1):60-73.
- McGowan S, Wynaden D, Harding N, Yassine A, Parker J. Staff confidence in dealing with aggressive patients: a benchmarking exercise. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 1999;8(3):104-8.
- Mental Health Law and Policy Institute. HCR-20 V3. Assessing risk for violence. Version 3. User guide. Vancouver: MHLPI; 2013.
- Millaud F, Dubreucq JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Introduction. *Ann Méd Psychol* 2005;163:846-51.
- Millaud F, Auclair N, Guay JP, McKibben A. Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents. *Can J Psychiatry* 2007;52(11):735-43.
- Monceau M, Poyet MH, Fustier P, Belfer R, Frobert A, Drieu D, *et al.* Violences à l'hôpital [dossier]. *Santé Mentale* 1999;(42):16-51.
- Monhonval P. La violence en psychiatrie, témoignage d'une psychiatre en formation. *Cah Psychol Clin* 2012;2(39):131-9.
- Morasz L, Perrin-Niquet A, Barbot C. L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2012.
- Morasz L, Hecktor L, Pauchaud R, Bachmann D, Karli P, Michaud G, *et al.* La violence en psychiatrie [dossier]. *Santé Mentale* 2003;(82):19-69.
- Moreau D. Conjuré la qualification de violence dans l'usage professionnel de la contrainte : le recours à la chambre d'isolement dans un service de psychiatrie. *Sociologie Santé* 2011;(33):-29.
- Moreau D. Violence normale et violence anormale dans un service ordinaire d'hospitalisation psychiatrique. In: Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles). Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2013.
- Morin, P. Rompre la spirale de violence. Extraits des Actes du colloque international sur l'isolement et la contention : pour s'en sortir et s'en défaire. 1999.
- Morrison EF. The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs* 1998;12(1):21-31.
- Murphy T, Bennington-Davis M, Bloom S. Restraint and seclusion. The model for eliminating their use in healthcare. Marblehead: HCPro Inc; 2005. <http://sanctuaryweb.com/Portals/0/Bloom%20Pubs/Related%20Authors/2005%20Murphy%20and%20BenningtonDavis%20Restraint%20and%20Seclusion.pdf>
- National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, National Institute for Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Quick reference guide. Clinical guideline 25. London: NICE; 2005.
- Needham, I, Callaghan, P, Palmstierna, T, Nijman, H, Oud, N. Proceedings of the 6th european congress on violence in clinical psychiatry, 21-24 october 2009 city conference centre, Stockholm. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2009. http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_6th_Violence_in_Clinical_Psychiatry_2009.pdf
- Needham, I, Nijman, H, Palmstierna, T, Almvik, R, Oud, N. Proceedings of the 7th european congress on violence in clinical psychiatry, 19-22 october 2011 Clarion congress hotel, Prague. Amsterdam:

Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2011.
http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_7th_Violence_in_Clinical_Psychiatry_2011.pdf

Needham,I, Kingma,M, O'Brien-Pallas,L, McKenna,K, Tucker,R, Oud,N. Proceedings of the first international conference on workplace violence in the health sector. Together, creating a safe work environment, 22-24 october 2008 congress centre "De Meervaart", Amsterdam. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2008.
http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_Workplace_Violence_2008.pdf

Needham,I, McKenna,K, Kingma,M, Oud,N. Proceedings of the second international conference on violence in the health sector. From awareness to sustainable action, 27-29 october 2010 congress centre "De Meervaart", Amsterdam. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2010.
http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_Violence_Health_Sector_2010.pdf

Needham,I, McKenna,K, Kingma,M, Oud,N. Proceedings of the third international conference on violence in the health sector. Linking local initiatives with global learning, 24-26 october 2012 Sheraton Vancouver airport hotel, Vancouver. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy; 2012.
http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_3rd_Workplace_Violence_2012.pdf

Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, *et al.* A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs* 2006;3(1):8-18.

Nijman H, Palmstierna T. Measuring aggression with the staff observation aggression scale revised. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002;(412):101-2.

Office of Quality and Patient Safety. Sentinel event data. Root causes by event type 2004-2Q 2015. Oak Brook: The Joint Commission; 2015.

Organisation mondiale de la santé. Guide pédagogique pour la sécurité des patients : édition multiprofessionnelle. Genève: OMS; 2015.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_guide_complet.pdf

Palazzolo J, Favre P, Halim V, Bougerol T. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants. *L'Encéphale* 2000;26(6):84-92.

Patin B. Le jeu de rôle: pratique de formation pour un public d'adultes. *Cah Intern Psychol Soc* 2005;3(67-

8):163-78.

Perrin-Niquet A. Une approche clinique de la dangerosité psychiatrique des patients. *Soins Psychiatrie* 2011;32(277):10.

Phaneuf M. La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement. Montréal: Chenelière éducation; 2011.

Puig-Verges N, Schweitzer MG. Violences, prédictivité et attentes sociales. Probabilités et certitudes, vers de nouvelles logiques. *Ann Méd Psychol* 2005;163(10):816-9.

Quintal SA. Violence against psychiatric nurses. An untreated epidemic? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2002;40(1):46-53.

Rajablat M, Friard D, Obea A, Pinet L, Verschuren JL, Martin M, *et al.* Et pourtant ça marche?! ... *Santé Mentale* 2002;(65):54-60.

Rambo V. Gestion des risques et violence. *Soins Psychiatrie* 2004;(230):10-1.

Raoult PA. Le soignant face à l'agitation et à la violence. *Santé Mentale* 2014;(187):66-70.

Richter D, Whittington R. Toward an evidence-based approach in the management of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 321-330.

Royal College of Psychiatrists. Rethinking risk to others in mental health services. College report CR150. London: RCP; 2008.
<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/CR150%20rethinking%20Orisk.pdf>

Salas E, Klein C, King H, Salisbury M, Augenstein JS, Birnbach DJ, *et al.* Debriefing medical teams: 12 evidence-based best practices and tips. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(9):518-27.

Scottish Patient Safety Programme for Mental Health. SPSP-MH safety climate survey and analysis tool. Edinburgh: SPSP; 2005.
<http://www.scottishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk/Media/Docs/RadEditor/SPSPMH%20-%20Safety%20Climate%20Survey%20-%20Guidance%20v0.3.pdf>

Senninger JL. Les agressions de soignants : un phénomène inquiétant, un dispositif de soins inadapté. *Synapse* 2002;(187):30-2.

Senon JL, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Info Psy* 2009;85(8):719-21.

Senon JL. États dangereux, délinquance et santé mentale?: représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *Info Psy* 2007;83(8):655-62.

Senon JL, Jonas C, Voyer M. *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Paris: Elsevier Masson; 2013.

Senon JL. Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. *Info Psy* 2008;84(3):241-7.

Sequeira H, Halstead S. "Is it meant to hurt, is it?". Management of violence in women with developmental disabilities. *Violence Against Women* 2001;7(4):462-76.

Shea S-C, Terra JL, Séguin M. *La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension*. Paris: Elsevier Masson; 2005.

Short R, Sherman ME, Raia J, Bumgardner C, Chambers A, Lofton V. Safety guidelines for injury-free management of psychiatric inpatients in precrisis and crisis situations. *Psychiatr Serv* 2008;59(12):1376-8.

Sivadon P. *Architecture psychiatrique. Principes, tendances actuelles*. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 1968;37-925-A-10.

Souffir V, Gauthier S, Odier B. Evaluer les psychoses avec la Cop 13. Une clinique organisée des psychoses. Paris: Dunod; 2011.

Stewart D, Bowers L, Ross J. Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation. *J Adv Nurs* 2012;68(6):1340-8.

Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT, Rivera J, Curley-Casey L, Marino D. Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service: utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatr Q* 2005;76(1):51-65.

Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186-94.

Talbot-Lengellé C. Violence cadrée. *Santé Mentale* 1997;(17):18-9.

Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2013;55(1):231-45.

The Patient Safety Education Program - Canada. Module 13c. Mental health care. Diminishing violence and aggressive behaviour. Ottawa: PSEP-Canada Project; 2013. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/Patie>

[ntSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013c%20Diminishing%20Violence%20and%20Aggressive%20Behaviour.pdf](http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013c%20Diminishing%20Violence%20and%20Aggressive%20Behaviour.pdf)

Theis T, Lampert AS, Baratta A. Snoezelen en Unité pour Malades Difficiles: à propos d'une étude pilote. *Ann Méd Psychol* 2012;170(9):663-6.

Thomas P. Quels sont les apports critiques de la neuro-imagerie fonctionnelle et des neurosciences à l'évaluation de la « dangerosité psychiatrique » ? Dans: Haute Autorité de Santé, ed. *Audition publique. « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur »*. Texte des experts. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. p. 125-33.

Touzet P. Soins sous contrainte, soignants sous contrainte : à l'ombre du zéro défaut. *Soins Psychiatr* 2014;294:30-3.

Triebisch F, Sébille A, Horrach P, Bujon-Pinard P, Weisse C. Le concept de malade difficile face aux évolutions récentes de la psychiatrie. *Synapse* 1996;(131):29-32.

United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting. *The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care*. London: UKCC; 2002. http://www.teamteach-tutors.co.uk/guidance/documents/Nursing_violence.pdf

Vaiva G, Ducrocq F, Ezzedine M. Prescriptions dans l'urgence psychiatrique. *Rev Prat* 2003;53(11):1209-13.

Vandamme MJ. Schizophrénie et violence : comorbidités et typologies. *Ann Méd Psychol* 2009;167(9):709-15.

Venuat F. Faire face à la violence et aux troubles du comportement en psychiatrie. *Soins Aides-Soignantes* 2011;8(41):8-9.

Venuat F. Quelle attitude adopter face à la violence en milieu psychiatrique ? *Soins Aides-Soignantes* 2010;7(36):16.

Verot JP. Angoisse et agitation pathologique chez les patients psychotiques. *Soins Psychiatrie* 2002;(222):29-33.

Vignat JP. Isoler pour soigner. *Soins Psychiatrie. Soins Psychiatr* 2014;(294):12-5.

Voyer M. *Dangerosité psychiatrique : l'état de la question. Réflexions autour d'une meilleure prévention et prise en charge de la violence physique des malades mentaux [thèse]*. Poitiers: Faculté de médecine et pharmacie; 2008.

<http://psyfontevraud.free.fr/theses/Voyer2008.pdf>

Weisman RL. Staff safety and workplace violence education (SAVE) training. In: Privitera MR, ed. Workplace violence in mental and general healthcare settings. Burlington: Jones & Barlett Publishers; 2011. p. 151-162.

Whittington R, Baskind E, Paterson B. Coercive measures in the management of imminent violence: restraint, seclusion and enhanced observation. In: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. Causes, consequences, management. New York: Springer; 2006. p. 145-172.

Whittington R, Higgins L. More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):37-40.

Wright S. Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: a critical review. *Med Sci Law* 2003;43(1):31-8.

Wright S. Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: a review of issues. *J Mental Health* 1999;8(5):459-72.

Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2004;15(1):124-44.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr