



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

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

Date de validation par le collège : 19 décembre 2013

Cette note de cadrage est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule	4
Contexte	5
Finalité et objectifs du travail – production attendue	6
Méthode de travail	8
Travail préparatoire	8
Recherche documentaire et analyse de la littérature	8
1. La recherche documentaire	8
▪ Volet 1 « approche par situations »	8
▪ Volet 2 « approche par pathologies »	9
2. L'analyse bibliographique.....	10
▪ Les types de violence	10
▪ Les situations de violence	10
▪ Les modalités de prise en charge et les compétences individuelles et en équipe.....	10
▪ Les dispositifs d'amélioration des compétences, des pratiques et des organisations	11
Groupe de travail : objectifs et méthodologie	12
▪ Objectifs du groupe de travail	12
▪ Méthodologie du groupe de travail	12
Modalités de réalisation	12
Groupe chargé du travail préparatoire.....	13
Groupe de travail.....	13
Groupe de lecture.....	14
Calendrier	14
Annexe 1. Programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » de la HAS Travaux envisagés	15
Annexe 2. La violence dans les unités psychiatriques	16
Annexe 3. Recherche bibliographique – constitution d'un premier listing - littérature internationale et critères d'inclusion.	18
Références	21

Préambule

Le projet de 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** » fait partie du programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale¹. (Voir annexe 1)

Le champ de ce travail couvre :

- les moments de violence des patients hospitalisés **en services de psychiatrie**, dont l'abord est spécifique, distinct notamment des situations rencontrées dans le reste du système de soins, dans les services d'urgence notamment, ainsi que dans le cadre des soins ambulatoires ;
- les moments de violence chez les **patients adultes**. Un travail sur les situations de violence en pédopsychiatrie sera envisagé ultérieurement ;
- les moments de violence qui visent autrui. Ce travail concernera donc les **hétéroagressions** et non les violences qui relèvent d'une autoagression ;
- les moments de violence pris en charge dans **les services de psychiatrie générale**.

La conception générale du programme envisage le moment de violence comme une rencontre entre deux trajectoires, celle du patient (antécédents, histoire, contexte et pathologie) et celle des soins (contexte institutionnel, savoirs individuels et collectifs).

Ce travail s'inscrit dans la continuité de l'**audition publique** sur la dangerosité psychiatrique - réalisée à la HAS sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon - qui a abouti à des recommandations consensuelles en mars 2011 {2011 269}.

Certaines recommandations de l'audition publique concernent la violence en hospitalisation (Recommandations 60 à 69). Elles soulignent que « la réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins », rendant nécessaire la mise en place de moyens institutionnels et tout particulièrement d'une **équipe soignante « formée, compétente et en nombre suffisant »** {2011 269}.

Le projet proposé est centré sur l'équipe soignante et ses besoins en termes de développement des compétences pour « mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie ».

¹ Une note d'orientation portant sur ce programme a été présentée et validée par le Collège le 17 octobre 2013

Les principes initiaux retenus

- Privilégier une approche médicale et soignante de la violence en psychiatrie ;
- Prendre en compte à toutes les étapes, les patients, la famille et les soignants, dans un cadre respectueux des droits et de la dignité des personnes, mettre l'éthique au cœur de la démarche soignante ;
- Privilégier une approche pluriprofessionnelle ;
- Encourager des démarches professionnelles, progressives, définies par les professionnels eux-mêmes, à partir d'un ensemble d'éléments de bonne pratique, d'outils, de supports (indicateurs...), proposés par la HAS ;
- Sortir du mythe de l'exhaustivité et retenir un nombre limité d'objectifs faisant sens pour les professionnels et correspondant aux principaux leviers pour améliorer la qualité des soins ;
- En regard des objectifs retenus, privilégier des supports et démarches pragmatiques, facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels.

Contexte

L'audition publique de 2011 a souligné que la dangerosité ne concerne pas la maladie mentale en général mais peut être liée à certaines formes majeures de pathologies s'exprimant dans des conditions spécifiques. Marginale par rapport à la maladie mentale, la question de la dangerosité psychiatrique doit cependant être prise en compte {HAS, 2011 269}. Dans le contexte des hospitalisations en service de psychiatrie, les équipes soignantes ont à faire face à des situations difficiles et notamment à des moments de violence chez certains patients {Senon 2006 270}. Les données factuelles présentées dans l'annexe 2 permettent d'appréhender l'ampleur d'un phénomène dont les victimes sont tout autant les soignants que les patients.

La gestion des risques et des situations de violence fait partie des compétences nécessaires en psychiatrie et chaque unité doit être prête à les prendre en charge.

Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes et les compétences spécifiques dans la gestion de ces situations, sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et ses conséquences {Dubreucq 2012 128}.

Finalité et objectifs du travail – production attendue

Il apparaît nécessaire, dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge des patients, d'abord et avant tout de renforcer les compétences des équipes psychiatriques pour prévenir, anticiper et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation.

La HAS, à l'occasion de ce projet, va travailler avec les professionnels concernés et les représentants des patients et des familles pour mettre à la disposition des professionnels un « **Guide pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie** ».

Le guide comprendra une synthèse des recommandations et des repères pour optimiser et sécuriser les prises en charge dans le parcours de prise en charge, tels que :

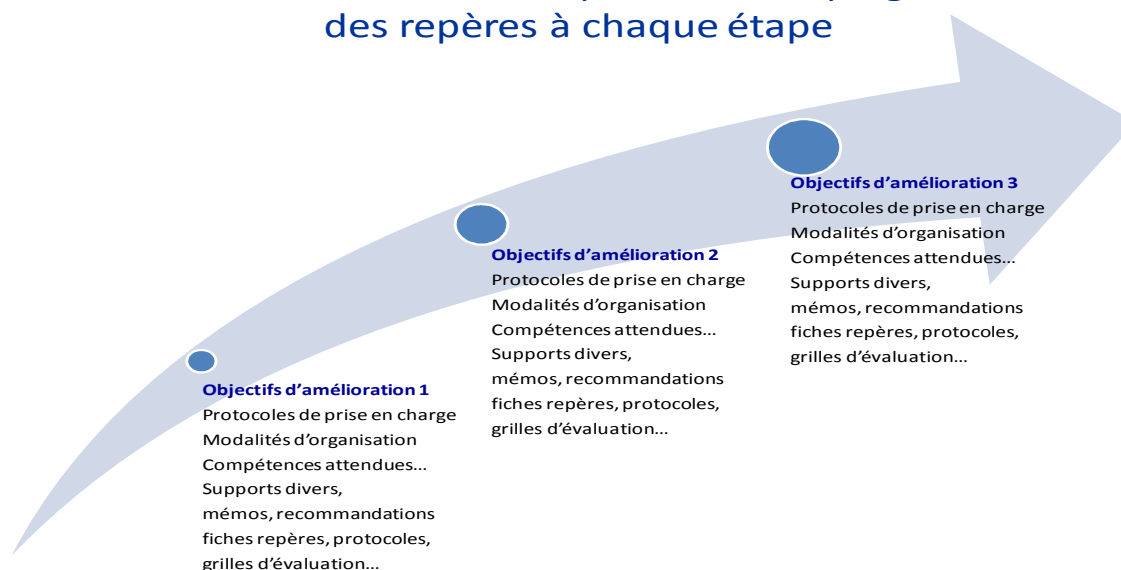
- des protocoles de prise en charge,
- des modalités d'organisation,
- des compétences attendues,
- des outils divers (grilles d'évaluation, check-lists...)

Ce guide sera le support aux démarches entreprises par les équipes pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, démarches qui seront :

- élaborées par l'équipe elle-même,
- dotées d'objectifs explicites d'amélioration,
- menées dans un cadre pluriprofessionnel,
- traduisant une progression hiérarchisée, pluriannuelle, réaliste et évaluée.

Ces démarches pourront notamment être valorisées dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

Démarche d'amélioration pluriannuelle, progressive des repères à chaque étape



Ce travail s'appuiera sur la littérature et sur les expériences réalisées ou en cours.

Méthode de travail

Travail préparatoire

Un groupe, chargé d'un travail préparatoire, a proposé :

- le cadre de travail, les principes initiaux et la finalité du travail ;
- la stratégie de recherche documentaire ;
- la composition du groupe de travail ;
- l'organisation du travail et le calendrier.

Ce travail préparatoire a permis de formaliser la note de cadrage présentée ici et soumise à la validation du Collège de la HAS.

La conception du guide se déroule en 3 parties :

- la recherche documentaire et l'analyse de la littérature ;
- des réunions d'un groupe de travail ;
- l'avis d'un groupe de lecture.

Il pourra être complété par un suivi de programmes pilotes engagés par des établissements de santé permettant un retour d'expérience.

Recherche documentaire et analyse de la littérature

La recherche documentaire de l'audition publique de 2011 a constitué un point de départ fournissant le socle de connaissances sur les facteurs individuels de la violence et les instruments d'évaluation du risque de violence. La recherche documentaire a permis d'élargir la recherche de 2011 aux situations de violence en institutions ainsi qu'aux dispositifs d'amélioration des compétences et des pratiques dans ce domaine.

1. La recherche documentaire

La recherche documentaire porte sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge de la violence dans les services de psychiatrie.

Elle comporte 2 volets comportant chacun eux-mêmes plusieurs étapes :

▪ Volet 1 « approche par situations »

Dans ce volet, l'accent est mis sur la littérature permettant une compréhension générale des situations de violence dans le contexte de l'hospitalisation psychiatrique et l'établissement d'un panorama des démarches de formation et d'amélioration sur ce sujet.

Une première recherche a été conduite dans Medline sur la période 2003-2013 en toutes langues, à partir de l'équation de recherche située en annexe 3 :

- 185 références ont été obtenues,
- 70 références ont été retenues comme pertinentes pour le sujet. Les critères de sélection sont détaillés en annexe 3.

Une recherche équivalente est conduite sur les bases de données spécifiques à la psychiatrie et les sites francophones en santé mentale. Le service de documentation du CH Henri Laborit de Poitiers contribue à la constitution de la liste des références bibliographiques :

- 62 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.

Cette bibliographie sera affinée et complétée :

- par des références identifiées au cours de l'analyse grâce à la technique « boule de neige » ; **une centaine de références complémentaires** ont été commandées ;
- par des avis d'experts ;
- par la littérature grise systématiquement recherchée sur les sites internet pertinents ;
- par le croisement du listing bibliographique avec la bibliographie de l'audition publique de 2011, des listings obtenus en étendant la recherche à d'autres bases de données, PsycINFO notamment.

La recherche a d'ores et déjà permis d'identifier **les recommandations et les principales publications internationales** sur la prévention et la gestion des moments de violence en hospitalisation psychiatrique (notamment *Department of Health* {2007 203}, *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* {2005 271}, *United Kingdom Central Council for Nursing (UKCC)* {2002 272}, publications de F Millaud {2005 120} et JL Dubreucq {2012 128}, des équipes belges {2011 123}.

▪ **Volet 2 « approche par pathologies »**

Dans ce volet, l'accent sera mis sur les aspects cliniques de la prise en charge de la violence. Une approche selon les différentes pathologies psychiatriques sera développée.

Une recherche est conduite afin d'identifier des recommandations de bonne pratique internationales sur les principales pathologies psychiatriques susceptibles d'entraîner des épisodes de violence. Les sites internet des agences d'évaluation internationales (NICE, SIGN², ICSI³...), des sociétés savantes de santé mentale ainsi que les manuels de psychiatrie en langue française sont exploités.

² *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*

³ *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)*

2. L'analyse bibliographique

Quatre questions sont posées au corpus des références bibliographiques identifiées :



- **Quelles sont les situations concernées ?**
- **Quelles modalités de prise en charge en fonction des situations et des pathologies ?**
- **Quelles compétences des professionnels de santé pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie ?**
- **Quels dispositifs/organisations pour acquérir et mettre en œuvre ces compétences ?**

L'analyse documentaire engagée a ainsi permis d'établir **quatre thématiques qui organiseront la suite du travail bibliographique** :

▪ **Les types de violence**

Les types de violences ainsi que les prises en charge qui en découlent seront différenciés : violences graves *versus* les violences « ordinaires », violences verbales, physiques, contre les objets, contre les personnes {Quanbeck 2006 80}.

▪ **Les situations de violence**

Les situations de violence analysées dans la littérature permettront de dégager la place :

- du **contexte institutionnel** (facteurs liés à l'organisation, à l'équipe, aux relations interpersonnelles, à l'éthique et aux cultures et représentations professionnelles) {Dubreucq 2012 128}, {Gadon 2006 72} ;
- des **caractéristiques des patients** (prenant en compte la pathologie psychiatrique et les symptômes associés - notamment la schizophrénie, les troubles bipolaires, et leur éventuelle association à des traits psychopathiques et des addictions, l'âge, le sexe, les antécédents de violence, la vulnérabilité du patient, les antécédents personnels et familiaux, la situation matrimoniale et socio-économique, les capacités cognitives et autocritiques, l'observance pharmacologique, les valeurs du patient) {HAS 2011 269} ;
- du **parcours du patient et sa prise en charge en hospitalisation** (prenant en compte les risques accrus des premiers jours d'admission {Carr 2008 60}, {Bowers 2007 63}, la nature et la qualité de l'alliance thérapeutique {HAS 2011 269})...

▪ **Les modalités de prise en charge et les compétences individuelles et en équipe**

Les savoirs, savoir-faire, savoir-être professionnels pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients lors des hospitalisations en services de psychiatrie peuvent être retrouvés dans les trois rubriques suivantes qui correspondent à des catégories structurantes pour la prévention et la prise en charge des moments de violence :

- **décoder, repérer {Voyer 2012 273}, prévenir {Nijman 1997 212} dans une démarche préventive du passage à l'acte :**
 - le rôle des échelles d'évaluation du risque – des instruments de mesure des progrès cliniques – du repérage des signes d'alerte {Fluttert 2010 219} {Lewis 2009 22} ;
 - la prise en compte des représentations de la violence, tant du côté du patient que de l'entourage et des soignants ;
 - l'information du patient et son association à une évaluation partagée avec les équipes et aux stratégies thérapeutiques mises en place ;
 - les enjeux du secret professionnel partagé.

- **gérer, contenir :**
 - le dialogue, la communication, le désamorçage {Cowin 2003 98}{NICE 2005 271} ;
 - les méthodes de protection du patient, des autres patients et des soignants (traitement médicamenteux, sécurité passive/sécurité active) ;
 - la maîtrise physique (place de la contention, de l'isolement - faire appel et graduer l'appel pour mobiliser des renforts - les outils institutionnels – supervision) ;

- **réparer, restaurer :**
 - rétablir la relation et la confiance avec le patient – mais aussi le suivi, le soutien des soignants, des autres patients et éventuellement des proches après une agression {Lanza 2011 44} ;
 - se préoccuper de la sortie ;
 - déclarer les événements (utilisation de grilles) et les analyser dans une approche systémique {NICE 2005 271} ;
 - gérer la communication interne et externe.

- **Les dispositifs d'amélioration des compétences, des pratiques et des organisations**

On rendra compte des dispositifs existants, accessibles, en les référant à leur contexte organisationnel global, tels que :

- des démarches **institutionnelles** pour sensibiliser, former les professionnels, faire participer le patient et améliorer la communication {Vojt 2011 8}{Farrell 2005 222} (ex : expérience de Louvain {2011 123} ; Programme d'amélioration continue de la qualité concernant la gestion de la violence à Charleroi {Bardiau 2011 122}, expériences françaises...)
- des **formations et/ou des évaluations de pratiques**, définissant si possible les objectifs pédagogiques, les référentiels d'analyse de pratiques, les supports pédagogiques, les méthodes et modalités d'organisation des programmes et les indicateurs pour les évaluer {Livingston 2010 48}.

L'analyse de la littérature donnera lieu à la production d'une « **Note bibliographique** ».

Groupe de travail : objectifs et méthodologie

▪ Objectifs du groupe de travail

Il s'agit d'élaborer, en cohérence avec la finalité globale et la production attendue, des repères pour les démarches professionnelles d'amélioration des pratiques, pouvant éventuellement être déclinés en programmes pour la certification des établissements de santé et/ou pour le Développement Professionnel Continu (DPC), pluriprofessionnels et pluriannuels.

▪ Méthodologie du groupe de travail

Le groupe de travail s'appuiera sur les données de la littérature présentées dans la note bibliographique. Elles seront enrichies et confortées par les échanges et les avis des experts, professionnels et représentants des usagers (patients et familles).

Des **experts seront auditionnés** dans le cadre des réunions selon le besoin, afin de bénéficier :

- d'une expertise relative aux situations de violence, à la gestion des risques, à l'approche psychologique et sociologique de la violence ;
- de retours d'expériences en matière de développement des compétences.

Ces experts devront répondre à des questions prédéfinies.

Cinq réunions de travail sont prévues.

Le groupe de travail commencera par définir un **parcours de prise en charge en fonction de l'évolution et des risques en hospitalisation psychiatrique**, qui pourra servir de référence, à adapter par les équipes soignantes au contexte organisationnel des services.

Un groupe de lecture permettra de consolider le travail produit.

Modalités de réalisation

Le projet « **Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie** » s'inscrit dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale⁴. Un comité de suivi représentant les parties prenantes est mis en place. Ce comité, présidé par Yvan Halimi (CH de La Roche-sur-Yon) a été consulté sur le cadrage et les productions du groupe de travail lui seront soumises.

⁴ Voir note d'orientation HAS du 17 octobre 2013

Groupe chargé du travail préparatoire

Noms	Etablissements
Rémy Bataillon	Chef de service SEVAM et Directeur adjoint DAQSS, (Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins), HAS
Emmanuelle Blondet	Documentaliste, Unité documentation, HAS
Roland Bouet	Chargé de projet, Pédopsychiatre CH Henri Laborit Poitiers
Anne Depaigne-Loth	Coordonnatrice du programme et contributrice bibliographie, DAQSS, HAS
Yvan Halimi	Président du comité de suivi, Psychiatre CH de La Roche-sur-Yon
Marielle Lafont	Pilote du projet, DAQSS, HAS
Sylvie Lascols	Aide documentaliste, Unité Documentation, HAS
Jean-Louis Senon	Président du groupe de travail : Jean-Louis Senon (psychiatre, CH Henri Laborit Poitiers)
Thierry Vincent	service documentation, CH Henri Laborit Poitiers

Avec la contribution d'Ascodocpsy⁵

Groupe de travail

Président du GT : Jean-Louis Senon (psychiatre, CH Henri Laborit)

Pilote HAS : Marielle Lafont

Contributeurs HAS : Anne Depaigne-Loth, Emmanuelle Blondet (documentaliste), Sylvie Lascols (aide-documentaliste)

Chargé de projet : Roland Bouet (pédopsychiatre, CH Henri Laborit)

Le groupe de travail est composé de **collaborateurs de la HAS** et d'une **quinzaine d'experts** prenant en compte la diversité des professions et des établissements publics et privés et services en psychiatrie :

- des professionnels concernés par la prise en charge des patients (aide-soignants, infirmiers, psychologues, médecins psychiatre, cadres de santé) ;
- un ou des présidents de CME (Commission Médicale d'Etablissement) ;
- des directeurs d'établissements du secteur public et privé et un ou des responsables qualité ;
- des professionnels des UMD (Unité pour malades difficiles) ;
- les patients et leur entourage.

Par ailleurs, l'avis des parties prenantes, participant au comité de suivi sera recherché en amont et en aval des réunions de ce groupe de travail. Dans ce cadre, le cadrage du projet a été présenté le 24 octobre 2013 lors de la première réunion de ce comité de suivi. L'orientation générale du travail a été approuvée. Certains problèmes de terminologie ont été soulignés, une première version du titre comportant les termes de « patients psychiatriques » qui ont été jugés stigmatisants. Le titre a été corrigé pour prendre en compte cette remarque. Plusieurs interventions ont souligné la nécessité d'aborder la violence en termes de « situation » afin de prendre en compte l'ensemble des éléments concourant à l'émergence de la violence depuis la maladie mentale jusqu'au

⁵ Réseau documentaire français en santé mentale.

contexte institutionnel qui ne permet pas toujours la mise en place de réponses adaptées aux états des patients.

Groupe de lecture

Sa composition prendra en compte l'avis des membres du groupe de travail.

Calendrier

Analyse de la littérature : de juillet 2013 à février 2014.

Note de cadrage : décembre 2013, présentée au Comité de suivi le 24 octobre, présentation au Collège de la HAS le 19 décembre 2013. Validation des propositions, objectifs, méthode de travail, modalités et composition du groupe de travail.

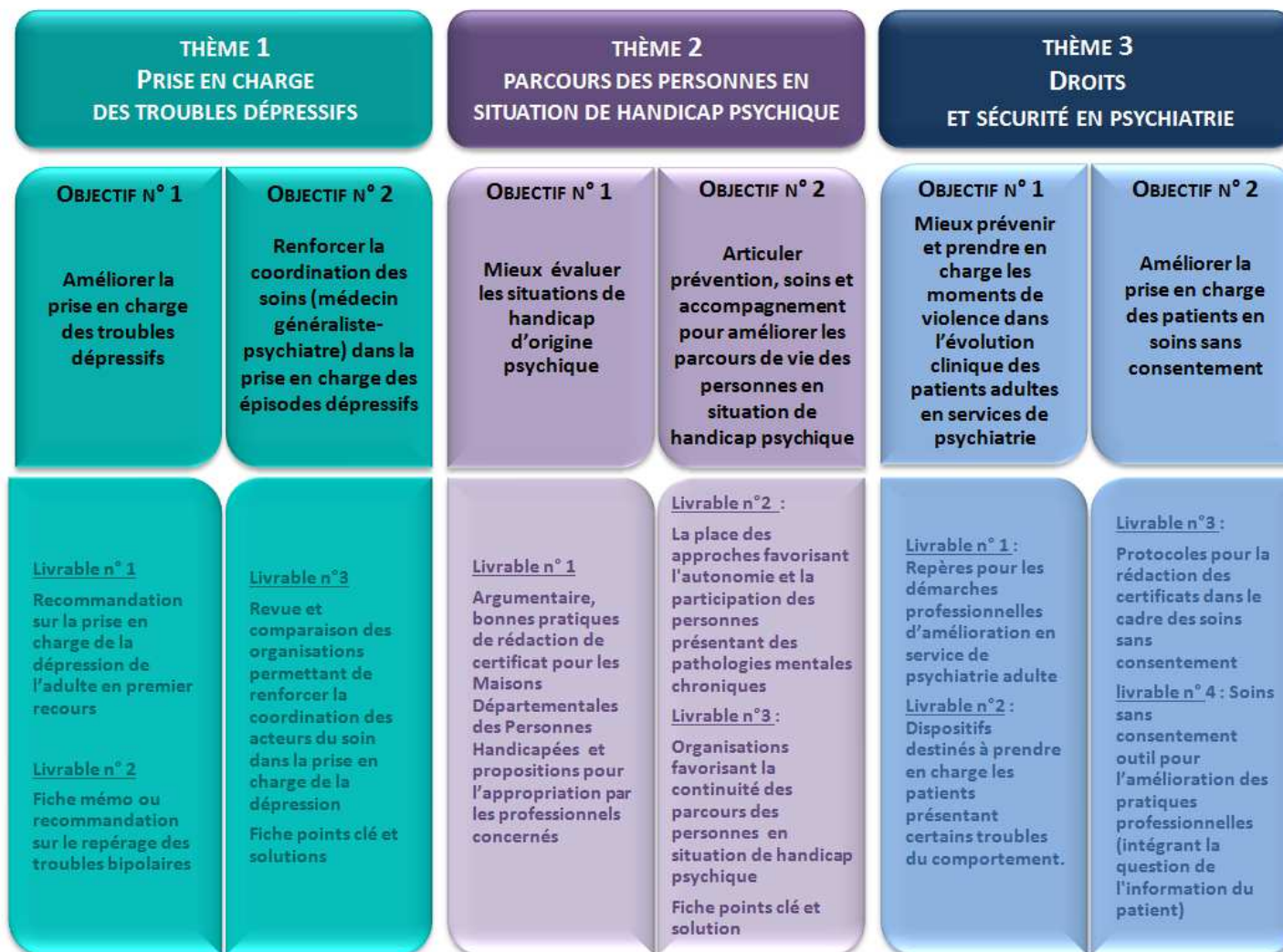
Groupe de travail :

- Convocation du Groupe de travail (GT) : .. janvier 2014
- Réunion 1 du groupe de travail :..... mars 2014
- Réunion 2 du groupe de travail :..... mai 2014
- Réunion 3 du groupe de travail :..... juillet 2014
- Réunions 4 et 5 du groupe de travail : septembre et octobre 2014

Groupe de lecture (dont membres du comité de suivi) : décembre 2014

Validation des documents par le Collège de la HAS : début 2015

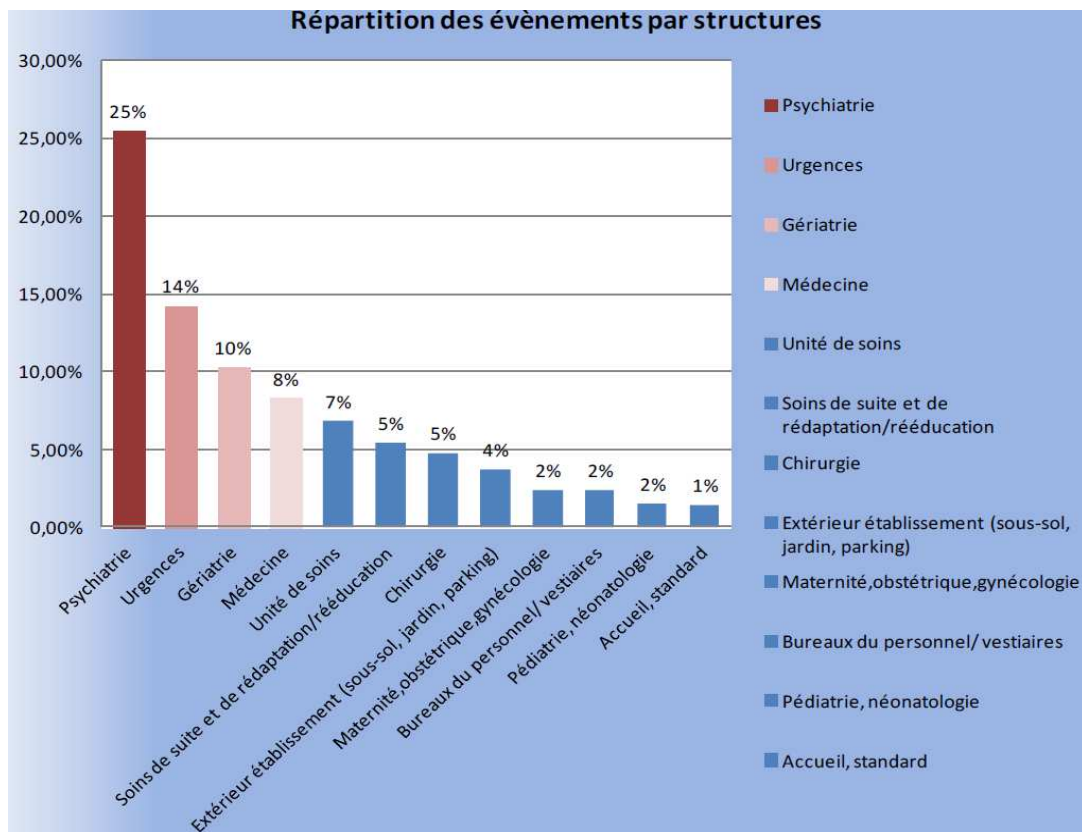
Annexe 1. Programme pluriannuel « psychiatrie et santé mentale » de la HAS Travaux envisagés



Annexe 2. La violence dans les unités psychiatriques

Sont présentées ici quelques données descriptives qui permettent de montrer la fréquence importante des incidents violents dans les services de psychiatrie en France et à l'étranger. Ces premières données seront complétées dans le cadre des travaux bibliographiques en cours de réalisation.

Le rapport 2012 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 (25 % des signalements en 2012, 2 886 signalements en psychiatrie en 2012).



Répartition des événements déclarés en 2012 par lieu ou par service

(n=11 344 incidents déclarés)

NB : 71,45 % des incidents concernent les atteintes aux personnes

Observatoire national des violences en milieu de santé.

Rapport annuel 2012 MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

S'il ne fait pas de doute que les incidents violents sont fréquents en psychiatrie, l'absence d'une définition et d'une méthode de mesure de la violence, partagées par l'ensemble de la communauté scientifique et des milieux professionnels en psychiatrie, ne permet pas d'établir avec certitude des données chiffrées sur la prévalence de la violence en psychiatrie. 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) permet néanmoins une approximation.

L'étude fait apparaître une prévalence de 9,3 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an. Dans une unité d'une quinzaine de lits, il y aurait donc environ un incident violent déclaré tous les 3 jours {Nijman 2005 274}.

Les données d'enquête auprès des professionnels, en particulier les infirmiers mettent en lumière l'ampleur du phénomène, sans doute sous-estimée dans les évaluations réalisées à partir de déclarations « officielles ». On peut citer par exemple :

- des enquêtes menées à l'étranger : par exemple, dans une enquête canadienne, 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) {Hesketh 2003 275} ;
- une enquête européenne (NEXT) à laquelle la France a participé montre que 47,7 % des infirmiers travaillant en psychiatrie estiment subir un harcèlement de la part des patients (n=1 634).

Les patients sont aussi victimes des violences des autres patients. Cette réalité semble avoir été longtemps méconnue. Certaines études suggèrent que les patients sont tout aussi concernés que les soignants {Kraus 2004 92}. Dans l'étude américaine citée en référence (Kraus *et al.*, 2004), 46 % (n=206) des incidents violents étudiés avaient pour victime un patient. En France, les données disponibles conduisent à des constats similaires établis dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 {IGAS 2011 276}.

Annexe 3. Recherche bibliographique – constitution d'un premier listing - littérature internationale et critères d'inclusion.

Une première recherche est 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 références ont été sélectionnées sur la base des critères suivants :

- Littérature en anglais et en français uniquement ;
- Pays de l'OCDE ;
- Le champ est celui de l'hospitalisation psychiatrique - tous types de services, c'est-à-dire psychiatrie générale mais aussi unités fermées/sécurisées ;
- Tous types de patients. Exclusion des études portant sur des populations spécifiques (enfants, personnes âgées, pathologies spécifiques) ;
- Tous types d'études. A ce stade, il n'a pas paru pertinent de sélectionner les études en fonction du design scientifique ou du niveau de preuve. Sont donc incluses les études à visée explicative mais aussi les études descriptives, les études quantitatives et les études monographiques, les modèles théoriques ainsi que les études fondées sur des données empiriques.

Inclusion des articles permettant :

- **d'établir un état des lieux des situations de violence.** Etudes présentant des données quantitatives ou qualitatives sur les actes de violence en psychiatrie, notamment les études de perception auprès des professionnels des situations de violence mais aussi auprès des patients ou de leur entourage. Les études portant sur les perceptions des patients des mesures d'isolement ou de contention sont incluses.
- **de cerner les facteurs explicatifs des situations de violence.**
- **de prendre connaissance des programmes d'amélioration/formation, de prévention/gestion des risques de violence en institution psychiatrique.**

Sont exclues à ce stade les études centrées sur des interventions précises (ex : isolement, contention...) ou des outils particuliers (ex : validation d'une échelle d'évaluation).

Afin de prendre connaissance de l'état des connaissances sur les interventions les plus couramment citées, les revues de la littérature sur ces sujets sont retenues. La synthèse bibliographique de l'audition publique de 2011 permet de prendre connaissance des résultats concernant les échelles d'évaluation du risque de violence et les outils de jugement clinique structuré.

Références

Bardiau F, Dupont X, Lesoil L, van Cang G. Prévenir et gérer la violence. *Hospitals be* 2011;9(3):7-13.
Ref ID : 122

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.
Ref ID : 98

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
Ref ID: 203

Dubreucq JL, Millaud F. Prévenir la violence en psychiatrie. *Santé Mentale* 2012;(165):76-81.
Ref ID : 128

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.
Ref ID : 222

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.
Ref ID : 219

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.
Ref ID : 72

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.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf
Ref ID: 269

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.
Ref ID : 275

Inspection générale des affaires sociales. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Paris: IGAS; 2011.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287/0000.pdf>
Ref ID: 276

Kraus JE, Sheitman BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2004;55(2):183-5.
Ref ID : 92

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.
Ref ID : 44

Lewis G, Doyle M. Risk formulation: what are we doing and why? *Int J Forensic Ment Health* 2009;8(4):286-92.
Ref ID : 22

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.
Ref ID : 48

Millaud F, Dubreucq JL. Evaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. Introduction. Ann Méd Psychol 2005;163:846-51.
Ref ID : 120

National Institute for Health and Clinical Excellence. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical practice guidelines. London: Royal College of Nursing; 2005.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg025fullguideline.pdf>
Ref ID : 271

Nijman HL, 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.
Ref ID : 274

Nijman HLI, Merckelbach HLGJ, Allertz WFF, Campo JMLG. Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. Psychiatr Serv 1997;48(5):694-8.
Ref ID : 212

Quanbeck C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. Psychiatr Clin North Am 2006;29(3):743-60.
Ref ID : 80

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.
Ref ID : 270

Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011.
http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Specialisedcare/Mentalhealth/Pilotprojects/19079463_FR
Ref ID: 123

United Kingdom Central Council. The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care. London: UKCC;

2002.
<http://www.nmc-uk.org/Documents/Archived%20Publications/UKCC%20Archived%20Publications/Therapeutic%20Management%20of%20Violence%20in%20Mental%20Health%20Care%20Full%20Report%20February%202002.PDF>

Ref ID: 272

Vojt G, Slessor 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.
Ref ID : 8

Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. EMC Psychiatrie 2012;37-510-A-20.
Ref ID : 27



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr