

**Mots-clés :**

<b>Français</b>	<b>Anglais</b>
Échelle de la violence	Violence scale
Intervention	Intervention
Prédiction	Prediction
Risque de violence	Violence risk
Troubles psychotiques	Psychotic disorders

## Liste des abréviations

<b>BRPS</b>	Brief Psychiatric Rating Scale
<b>BVC-CH</b>	Brøset Violence Checklist
<b>CHUV</b>	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
<b>DASA</b>	Dynamic Appraisal of Situational Aggression
<b>HEdS - GE</b>	Haute École de Santé - Genève
<b>HUG</b>	Hôpitaux Universitaires de Genève
<b>OAS</b>	Overt Aggression Scale
<b>OBSAN</b>	Observatoire suisse de la santé
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la santé
<b>ONVS</b>	Observatoire National des Violences en milieu de la Santé
<b>PICO</b>	Population, Intervention, Contexte, Outcome
<b>SOAS-R</b>	The staff observation aggression scale-revised
<b>VS-CM</b>	Chinese modified version of Violence scale

## Liste des tableaux

Tableau 1: PICO, mots clés et traduction .....	31
Tableau 2: Équations effectuées pour la recherche documentaire .....	33
Tableau 3 : « <b>Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial</b> » .....	38
Tableau 4: « <b>Clinical prediction of violence among inpatients with schizophrenia using the Chinese modified version of ViolenceScale : A prospective cohort study</b> » .....	39
Tableau 5: « <b>Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : Clinical study</b> » .....	40
Tableau 6: « <b>Interventions following a high risk assessment score : a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward</b> » .....	41
Tableau 7: « <b>On The Spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece</b> » .....	42
Tableau 8: « <b>Registered Nurses’ and Behavior Health Associates’ Responses to Violent inpatient interactions on behavioral health units</b> ».....	43
Tableau 9: Tableau synoptique des thématiques.....	44

## Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles .....	35
--	----

## Table des matières

DÉCLARATION.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
RÉSUMÉ.....	IV
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	VI
LISTE DES TABLEAUX .....	VII
LISTE DES FIGURES .....	VII
TABLE DES MATIÈRES .....	9
INTRODUCTION.....	11
1 PROBLÉMATIQUE .....	12
1.1 Contexte .....	12
1.2 État des connaissances.....	15
1.2.1 Définitions des troubles psychotiques .....	15
1.2.2 Conséquences de la psychose.....	16
1.2.3 La violence dans les unités psychiatriques.....	17
1.2.4 Impact de la violence sur les soignants .....	20
1.2.5 Prévention des actes de violence .....	21
2 MODÈLE THÉORIQUE SELON D. JOHNSON .....	23
2.1 Modèle théorique retenu.....	23
2.2 Les métaconcepts.....	24
2.3 Les concepts clés .....	26
2.4 La pratique infirmière selon D. Johnson .....	28
3 QUESTION DE RECHERCHE .....	30
4 MÉTHODE.....	31
4.1 Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	31
4.2 Critères d'inclusion .....	32
4.3 Critères d'exclusion .....	32
4.4 Équations de recherche .....	33
4.5 Diagramme de flux.....	35
5 RÉSULTATS .....	36
5.1 Tableaux comparatifs.....	37
5.2 Tableau de synthèse des thématiques.....	44
5.3 Synthèse et analyse critique des articles retenus.....	45
5.3.1 Patient hospitalisé en unité de psychiatrie.....	45
5.3.2 Instruments de mesure.....	47
5.3.3 Interventions infirmières .....	49
5.3.4 Ressentis des soignants .....	51

<b>6</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
6.1	Facteurs de risque de la violence hospitalière .....	53
6.2	Outils cliniques .....	56
6.3	Interventions de l'équipe soignante.....	59
<b>7</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>
7.1	Apports et limites du travail.....	63
7.2	Recommandations .....	64
7.2.1	Recommandations pour la recherche .....	64
7.2.2	Recommandations pour l'enseignement.....	65
7.2.3	Recommandations pour la pratique.....	65
<b>8</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>67</b>
<b>9</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>74</b>
9.1	Concepts clés du modèle de Johnson .....	74
9.2	Fiche de lecture n°1 .....	75
9.3	Fiche de lecture n°2.....	82
9.4	Fiche de lecture n°3.....	88
9.5	Fiche de lecture n°4.....	95
9.6	Fiche de lecture n°5.....	102
9.7	Fiche de lecture n°6.....	108

## **INTRODUCTION**

La violence est un sujet très présent dans le monde de la santé, principalement dans les établissements prenant en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. En effet, les soignants sont régulièrement exposés à la violence de la part de ceux-ci. Cela engendre donc un certain nombre de conséquences.

L'objectif premier de cette revue de littérature est de démontrer, d'une part l'importance du dépistage de la violence, grâce à un certain nombre d'échelles de mesure. Et d'autre part la mise en place d'interventions infirmières au cas par cas après avoir évalué ces situations.

Dans ce travail, les divers concepts soulevés par la problématique sont abordés et nourris de manière plus approfondie à l'aide de l'analyse comportementale du modèle de D. Johnson.

La méthodologie détaillée assure une recherche d'articles permettant leur analyse et la mise en évidence de leurs résultats. Afin de répondre au questionnement principal, une mise en lien entre la problématique, les divers résultats obtenus, ainsi que le modèle de soin a été effectuée. Postérieurement, des suggestions seront préconisées afin de modifier les pratiques infirmières actuelles.

# 1 PROBLÉMATIQUE

## 1.1 Contexte

Depuis toujours, la violence est présente dans nos vies, qu'elle soit dirigée contre soi, envers autrui ou collective, elle contribue à plus d'un million de décès par année. Malgré l'étendue du phénomène, les données internationales et nationales sont partielles. Les actes de violence ne sont pas tous recensés dû au fait que les victimes ne s'identifient pas, ne nécessitent pas forcément de soins médicaux et ne font pas systématiquement appel à la justice (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2002). De ce fait, la violence est une réalité complexe, multifactorielle et présente dans divers domaines, particulièrement dans le monde de la santé.

De nos jours, la violence est un réel problème de santé publique en pleine expansion dans le monde entier. En effet, dans le monde de la santé c'est un phénomène connu depuis de longues années mais très souvent banalisé (Gbézo, 2011). Les actes de violence dans les soins peuvent se présenter sous différentes manières, ils peuvent débuter par de simples agitations allant jusqu'à des stades d'attaques physiques, tout en passant par de la violence verbale, psychique ou sexuelle. Les agressions peuvent être commises par les demandeurs de soins entre eux, par les soignants envers les patients mais également par les patients envers les professionnels (Gbézo, 2011).

A ce sujet, l'ONVS déclare qu'en France, en 2014, 10'638 personnes travaillant dans le monde des soins ont été victimes de violence (Observatoire national des violences en milieu de santé [ONVS], 2015). En 2015, l'ONVS recense 15'990 signalements d'atteintes aux professionnels et aux biens effectués par les patients. En 2016, 17'596 cas de violence signalés ont été répertoriés dans toute la France, soit 1'606 cas de plus que l'année précédente. Parmi les 17'596 cas de violence, 14'508 était de la violence envers le personnel soignant dont 50% était de type physique, 33% des insultes, 16 % des menaces d'atteintes à l'intégrité physique et le 1% restant de la violence avec des armes (ONVS, 2017).

En Suisse, les statistiques relevant des cas de violence sont peu disponibles. Pour illustrer, dans le canton de Vaud, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, en 2015, 474 cas de violence ont été annoncés par l'ensemble du personnel dont 25% (118,5 cas) ont été réalisés contre les soignants (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2015). De plus, en 2017, le CHUV recense 962 cas de violence tous confondus déclarés par le personnel (CHUV, 2017). A Genève, sur une période de trois ans et demi, les HUG ont recensé 92 actes de violence physique dirigés envers le personnel soignant, ce qui représente, en 2014, 21 cas de violence et 32 en 2015. Puis en 2016, 39 cas au total ont été répertoriés (Hôpitaux Universitaire de Genève [HUG], 2016). Ces chiffres démontrent que le nombre d'agressions envers le personnel soignant ne cesse d'augmenter et que les cas de violence dans les soins sont une réelle problématique. Cependant, ces chiffres ne sont pas forcément recensés systématiquement, et les statistiques actuelles ne représentent qu'une partie des données infimes (Perron, Jacob, Beauvais, Corbeil & Bérubé, 2015).

Par ailleurs, les résultats observés révèlent que si les agressions sont bien courantes, elles se produisent essentiellement dans des unités psychiatriques (Horn, Thomas, 2015). En effet, d'après les statistiques de l'ONVS, en 2016, 20% des cas déclarés, équivalents à 3'490 signalements dans les établissements de soins en France, ont eu lieu dans les services psychiatriques (ONVS, 2017). A l'hôpital psychiatrique cantonal de Marsens (Fribourg), en 2005, sur une de période six mois, 110 cas de violence ont été répertoriés (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006). De plus, en Suisse alémanique, 70% des infirmiers travaillant dans la santé mentale déclarent avoir vécu au moins une agression au cours de leur carrière (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006). En effet, la violence envers le soignant peut mener à de la peur, de l'insécurité et ainsi impacter la qualité des soins (Gbézo, 2011). Les professionnels font donc régulièrement face à des niveaux élevés de stress lié à ce risque de violence (Michel & Thirion, 2015).

Concernant Genève, les actes de violence ont majoritairement lieu à l'hôpital psychiatrique de Genève "Belle-Idée" (HUG, 2016). Ces données montrent que les lieux les plus susceptibles d'un passage à l'acte du patient envers le soignant sont les unités de psychiatrie. La confrontation à la violence semble être une évidence quotidienne du métier d'infirmier en psychiatrie.

De plus, des études concernant la violence en unité psychiatrique démontrent que la problématique des actes violents constitue un défi constant pour les professionnels de la santé (Schuwey-Hayoz & Needham, 2006). Ainsi, il est pertinent de s'interroger sur l'augmentation constante de la violence dans les soins et plus particulièrement dans le domaine de la psychiatrie hospitalière.

Il est vrai que la violence présente en unité hospitalière concerne souvent les patients hospitalisés en psychiatrie et majoritairement atteints de troubles psychotiques (Vandamme, 2009). En effet, certaines pathologies telles que la schizophrénie sont susceptibles d'augmenter l'agressivité des patients. Ceci est expliqué par différentes variables composant la pathologie et les éléments gravitant autour du patient. L'association de la violence aux troubles psychotiques est dépendante de ces variables qui sont uniques à chaque patient. Bien que les troubles psychotiques soient une pathologie majoritairement associée à l'acte violent, en comparaison avec d'autres pathologies (Vandamme, 2009), il est important de ne pas stigmatiser un patient psychotique en le reliant inévitablement à la violence sans prendre en considération les diverses variables (Bo, Abu-Akel, Kongerslev, Haahr & Simonsen, 2011).

## 1.2 État des connaissances

### 1.2.1 Définitions des troubles psychotiques

En Europe, l'estimation de personnes atteintes de troubles psychotiques s'élève à 5 millions (Wittchen et al., 2011). En Suisse, plus particulièrement, le taux de personnes atteintes de psychose est de 1,1%, ce qui correspond à 77'000 personnes. (Observatoire suisse de la santé [OBSAN], 2003). Ainsi, l'incidence est de deux nouveaux cas par année pour 10'000 habitants (Conus, Bonsack, Conus, & Bovet, 2005).

L'OMS définit ainsi les psychoses comme suit :

“(...) Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. Les expériences délirantes courantes sont faites d'hallucinations (perceptions auditives, visuelles ou autres perceptions sensorielles sans objet) et de délires (convictions ou suspicions inébranlables malgré l'existence de preuves contraires)” (OMS, 2017).

Les principales formes de troubles psychotiques sont la schizophrénie, les troubles schizo-affectifs et les troubles délirants. Ils se caractérisent principalement par des symptômes, tels qu'une distorsion de la pensée, qui peuvent entraîner une perte de contact avec la réalité. De plus, des idées délirantes viennent s'ajouter, ainsi qu'une désorganisation de la pensée. Par ailleurs, les ressentis et les expressions émotionnelles sont perturbées. Puis, une grande fatigue, un manque de sommeil, un repli sur soi ainsi que le sentiment de ne plus être soi-même peuvent faire surface (OMS, 2017). Ces différents éléments peuvent être à l'origine d'un potentiel passage à l'acte.

### **1.2.2 Conséquences de la psychose**

Les conséquences des troubles psychotiques peuvent être nombreuses. L'une d'elles est la non-observance aux traitements. En effet, les traitements de la psychose sont les neuroleptiques qui réduisent les hallucinations, les incohérences du langage, de la pensée et l'agitation. Cependant, l'adhérence thérapeutique des patients psychotiques peut être influencée par les nombreux effets secondaires des traitements qui peuvent amener le patient à ne plus les supporter (Llorca, 2006). De plus, cette pathologie est chronique et nécessite une prise médicamenteuse régulière, afin de prévenir le risque de récidive (Passerieux, Caroli & Giraud-Baro, 2009). Les patients peuvent aussi ne plus ressentir les symptômes de la maladie et ainsi avoir tendance à remettre en question la nécessité de la prise médicamenteuse (CHUV, 2015).

Par ailleurs, la qualité de vie de ces patients est très fortement altérée (Prouteau, Grondin & Swendsen, 2009). En effet, lorsque l'annonce du diagnostic est faite, les patients peuvent être victimes de stigmatisation (Cherrier & Palazzolo, 2006). Cette dernière va avoir des répercussions sur leurs relations familiales, sociales et professionnelles ayant comme conséquence le risque d'exclusion de la personne atteinte de psychose et un possible repli sur soi. La pathologie peut ralentir ou changer les projets de la vie personnelle et impose un changement de rythme quotidien (Rousselet, 2014).

De plus, 50% des patients atteints de troubles psychotiques font des tentatives de suicides et 10% arrivent à mettre fin à leurs jours (Cherrier & Palazzolo, 2006). La récidive des symptômes est une conséquence de la maladie qui peut réapparaître ultérieurement. Ainsi, durant ces moments de vulnérabilité, ces rechutes peuvent pousser les patients à commettre des actes de violence (CHUV, 2015).

L'ensemble de ces éléments peut amener à l'aggravation de l'état psychique du patient en le conduisant ainsi à une hospitalisation durant laquelle il pourra commettre des actes violents.

### **1.2.3 La violence dans les unités psychiatriques**

Certaines atteintes psychiatriques telles que les troubles psychotiques pourraient favoriser la violence (Perron et al., 2015). Dans la littérature, la psychose serait une pathologie mentale surreprésentée dans les phénomènes de violence (Vandamme, 2009). En effet, lors de situations de frustration, de consommation de toxiques, de crise ou de rupture thérapeutique, les patients atteints de psychose hospitalisés peuvent potentiellement passer à l'acte. Des situations allant à l'encontre des souhaits ou désirs du patient comme un refus peuvent amener à un comportement violent.

L'OMS définit la violence comme suit :

“ La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès” (OMS, s.d.).

Une personne violente est amenée ainsi à la destruction de l'autre dans une perspective d'autoprotection et de survie, entre autres. La violence se manifeste de diverses façons telles que la violence physique, verbale, psychique ou sexuelle. Celle-ci peut être dirigée vers les professionnels de soins mais aussi contre l'environnement (Morasz, 2002). La violence comprend un sentiment de crainte réel ou ressenti et l'agressivité apparaît comme un moyen de défense, la violence peut ainsi se manifester comme étant l'impossibilité de mettre en mot une situation (Voyer, Senon, Paillard, Jaafari, 2009). Elle opère en relation interactive et laisse sous-entendre la destruction de la capacité de penser et de parler (HAS, 2011). Ainsi, la violence qui a lieu dans les unités psychiatriques peut être générée par les composantes de la pathologie psychotique. Celles-ci peuvent amplifier certains comportements et sont susceptibles d'amener à de la violence (Gbézo, 2011).

L'apparition de symptômes de la pathologie tels que des hallucinations ou des idées délirantes peuvent amener à de l'agitation qui s'avère être la première manifestation de la violence. Elle se répercute de différentes manières, telles que des automutilations et/ou des hétéro-mutilations (Schiebler & Müller, 2014).

Puis, un état de manie, caractérisé par une élocution rapide et bruyante, est également un comportement présent lors d'actes violents (Riesens & Larose, 2014). Le patient peut également présenter des comportements négatifs comme des lancers d'objets, des insultes, des hurlements et des menaces verbales ou physiques.

L'environnement inhabituel dans lequel le patient évolue serait un lieu propice à la survenue d'un acte violent. En effet, les services hospitaliers surpeuplés et bruyants pourraient entraîner une atmosphère de violence (Gbézo, 2011). Le brouhaha, les aller-retours d'autres patients ou la lumière très vive des néons sont des facteurs contribuant à la survenance d'un acte de violent. Ces frustrations ont une influence sur le comportement et le bien-être du patient, pouvant l'amener ainsi à un état de tension interne et d'impulsivité, ainsi qu'à la perte de contrôle de la gestion de ses émotions (Morasz, 2002). De plus, des mesures de sécurité inefficaces, une surcharge de travail et l'insuffisance de formation des soignants, afin d'identifier et d'éviter des passages à l'acte, sont aussi des éléments favorisant la violence (Gbézo, 2011).

D'autres facteurs sont également prédicteurs d'un passage à l'acte, que le soignant doit pouvoir prendre en compte. Ces causes doivent être prises en compte par le soignant. Parmi les facteurs de risque, l'âge et le sexe sont prédominants. Effectivement, les hommes âgés de moins de 35 ans, ayant déjà un passé marqué par la violence, sont plus à même de commettre à nouveau des actes violents. Cependant, ces caractéristiques ne définissent pas forcément tous les patients psychotiques qui passent à l'acte (Schiebler & Müller, 2014).

Par ailleurs, la position dominante du soignant face à la personne hospitalisée apparaît aussi comme un facteur pouvant déclencher un comportement agressif en provoquant chez ce dernier un sentiment de rabaissement (Schiebler & Müller, 2014). La fonction contenante est aussi primordiale dans les soins en psychiatrie. Cela fait référence à la capacité du soignant à considérer et à recevoir les propos du patient, puis à les explorer pour ensuite les renvoyer au soigné. Le manque de contenance dans la prise en charge psychiatrique pourrait ainsi provoquer un acte violent (Morasz, 2002).

Puis, étant donné que la violence dans les soins est un phénomène présent et inévitable principalement dans les unités de psychiatrie, il semble important de pouvoir désamorcer celle-ci et de mettre en place diverses stratégies afin de prévenir et d'atténuer la violence (Michel & Thirion, 2004).

Ainsi, les actes violents des patients ont un impact négatif chez les soignants et par ricochet, sur la sécurité et la qualité des soins administrés (Gbézo, 2011).

#### **1.2.4 Impact de la violence sur les soignants**

Les actes violents commis par les patients envers le personnel soignant peuvent laisser des lésions physiques lorsqu'il s'agit de coups et de blessures mais peuvent également engendrer des séquelles psychologiques quand ceux-ci prennent la forme d'insultes et de menaces (Morasz, 2002). Lorsque ces comportements difficiles sont perceptibles cela peut découlter sur des attitudes violentes et amener à la rupture du lien thérapeutique car le patient se sentira exclu de la prise en soin (Haute Autorité de Santé, 2011). De ce fait, l'agressivité aurait un impact défavorable sur la relation thérapeutique avec le soignant, ce dernier aurait des réactions de réticence à entrer en contact avec la personne violente (Fillinger, 2013). En effet, selon Shields & Wilkins (2009), l'attitude des patients envers les soignants peut avoir un fort impact dans la relation soignant-soigné. Le soignant pourrait ainsi ressentir de l'anxiété pour effectuer certains soins auprès du patient qui aura été violent, ainsi cela aurait des répercussions sur la qualité de la prise en charge.

Ces incidents peuvent provoquer chez le soignant un état de choc, ainsi que des troubles du sommeil pouvant l'amener à une absence prolongée au travail. Ainsi, la violence engendre une baisse de la qualité de vie au travail due à une surcharge de travail et à une dégradation de l'ambiance. De ce fait, tous ces éléments peuvent porter préjudice à l'institution (Gbézo, 2011).

Par ailleurs, l'agressivité du patient peut avoir des conséquences néfastes quant au bien-être et à la sécurité des soignants ainsi que des autres demandeurs de soins, car lorsqu'un patient présente des signes de violence, cela entraîne une prise en charge nécessitant plusieurs intervenants de l'équipe de soin (Rössler, 2011). Cependant, il est à noter que les conséquences varient d'un soignant à un autre, en fonction de la nature, de la durée de l'acte, de l'agresseur et du soutien dont la victime va bénéficier. Tous ces éléments démontrent bien qu'il est nécessaire de tenter de prévenir ces incidents afin d'éviter ces nombreux désagrément (Gbézo, 2011).

### **1.2.5 Prévention des actes de violence**

La prévention apparaît comme une stratégie d'intervention infirmière indispensable pour faire face au risque de violence. En effet, le dépistage vise à réduire le risque de passage à l'acte et d'éviter ces complications, lorsque les symptômes ont déjà été identifiés (Reade & Nourse, 2012). L'agressivité du patient liée à sa pathologie est souvent involontaire et se dirige contre l'équipe soignante de manière non-intentionnelle. Ces cas de violence sont majoritairement prévisibles, rendant ainsi la prévention plausible (Gbézo, 2011).

Il est de plus en plus admis que la violence en milieu de soins ne soit pas une conséquence d'un patient simplement frustré mais bien un phénomène prévisible et que les soignants peuvent prévenir (Gbézo, 2011). La prévention et la gestion des actes violents sont possibles dans les services psychiatriques (HAS, 2016). Dans la mesure où les frustrations sont incontournables dans ce milieu, la prévention est inévitable et nécessaire (Michel & Thirion, 2004).

Au préalable, lorsque les prodromes de la violence font surface mais que le patient n'est pas encore dans une phase d'attaque, il est nécessaire de mettre en place un dispositif d'intervention permettant de maîtriser les risques de danger, tels que des mesures d'ajustement environnementales ou des protocoles d'interventions afin de limiter les actes violents (Gbézo, 2011). Swanson et al. (2006) rejoignent l'idée de l'auteur précédent en affirmant que la diminution des facteurs de risque de violence se fait sur l'ensemble de l'environnement de la personne psychotique et l'interaction qu'elle a avec celui-ci. Il est donc nécessaire d'adapter le contexte à la personne afin de diminuer l'incidence du cas de violence.

Par ailleurs, les attitudes infirmières à promouvoir sont le calme, l'empathie, l'écoute active et la mise en place d'entretiens réguliers, qui permettent au patient de verbaliser ses ressentis et au soignant de pouvoir comprendre l'état de la personne sur le moment (Gbézo, 2011). De ce fait, la réassurance paraît être un des moyens employés afin d'apaiser les patients et elle permet de leur démontrer que l'on comprend leur vécu et leurs sentiments.

Enfin, dans les services psychiatriques, l'amélioration de la relation entre les soignants et les soignés pourrait permettre d'atténuer les difficultés qui peuvent être présentes dans ces unités et de pouvoir prédire les signes avant-coureurs d'un futur passage à l'acte. En favorisant la confiance et la contenance dans la relation, le soignant offre un contexte sécurisant au patient (Gbézo, 2011). Ainsi, le soignant pourra se protéger au mieux de l'agression par le biais de la relation thérapeutique qui a été créée au préalable (Perron et al., 2015).

Selon Michel & Thirion (2004), si le dépistage s'avère être un échec, les incidents violents peuvent être affrontés dans des conditions plus au moins favorables et certaines ressources peuvent aider à y faire face. En effet, il est tout de même envisageable que le patient puisse passer à l'acte et devenir un danger pour soi et pour les autres. Dans ces situations, les attitudes à appliquer en premier lieu, consistent à se protéger et à protéger le patient lui-même, en faisant preuve de calme, d'assurance et appliquer un cadre de soins. La communication fait partie intégrante de la posture infirmière à adopter lors de situations d'agressivité. L'administration de traitements adaptés est un facteur à considérer lors de la prise en soin des patients violents (Reade & Nourse, 2012). Malgré tout, dans certains cas, la seule solution est l'usage de mesure de contention afin de maîtriser la situation (Gbézo, 2011).

Cela nécessite donc une considération et une attention au préalable de la part de l'institution sur la formation des soignants pour ce type de situation spécifique, des colloques interdisciplinaires, une dotation en personnel adéquate, ainsi que des locaux adaptés (Riesens & Larose, 2014). La formation du personnel dans la gestion de la violence de cette population ainsi que la reconnaissance des signaux d'alarme d'un acte violent sembleraient donc primordiales pour les professionnels (Michel, Thirion & Sionnet, 2015). Les formations comportementales peuvent apporter une plus-value dans l'évaluation du risque de violence. Celles-ci permettent une focalisation sur le patient et son environnement afin de pouvoir avoir des éléments concrets permettant d'agir (Michel et al., 2015). Il paraît donc nécessaire et important que les soignants se forment à la reconnaissance des signaux afin de détecter les signes avant-coureurs en analysant le comportement des patients et en permettant l'anticipation d'un acte de violence afin d'améliorer et d'adapter la prise en soin à chaque situation.

## **2 MODÈLE THÉORIQUE SELON D. JOHNSON**

### **2.1 Modèle théorique retenu**

Le modèle de soins infirmiers choisi pour ce travail est celui de Dorothy Johnson qui s'intitule *Behavioral System Model*. Ce modèle est basé sur l'approche comportementale et le maintien de l'équilibre du système comportemental de la personne.

Dorothy Johnson est née en Géorgie en 1919. Johnson est une infirmière qui à la suite de son diplôme a décidé de s'engager dans l'enseignement. Johnson s'intéresse particulièrement à la pratique, à l'éducation et à la science infirmière (Alligood, 2014, traduction libre, p.332).

Dans son modèle, la personne est composée de sept sous-systèmes qui sont reliés et interagissent entre eux. Le système comportemental tente de parvenir à la stabilité et à l'équilibre grâce à une adaptation efficace. L'objectif principal est le maintien de l'homéostasie entre les différents systèmes (Alligood, 2014, traduction libre, p.334). Les éléments clés du modèle utile à la problématique sont présentés dans le chapitre suivant.

## 2.2 Les métaconcepts

Le modèle de soin de D. Johnson met l'accent sur une prise en soin holistique en prenant en compte tous les aspects entourant le patient (Alligood & Marriner Tomey, 2014). De plus, le développement de ces divers concepts est en lien avec la problématique et permettra d'alimenter la partie discussion. Les métaconcepts de la discipline infirmière sont la personne, la santé, l'environnement et le soin et sont définis ci-dessous :

La **personne** est considérée comme un système de comportement avec des formes de comportement structurées, répétitives et déterminées qui relient la personne à l'environnement (Alligood & Marriner Tomey, 2010, traduction libre, p.337). La personne est affectée par l'environnement et elle doit s'adapter à ce dernier (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 95). La personne adulte souffrant de psychose possède ces sous-systèmes mais il est plus difficile pour elle de les stabiliser et d'arriver à une harmonie dû aux divers aspects composant la pathologie.

Johnson perçoit la **santé** comme un état d'équilibre dynamique influencé par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. La santé est constituée d'organisation, d'interaction, d'interdépendance et de l'intégration des sous-systèmes du système comportemental (Alligood & Marriner Tomey, 2010, traduction libre, p.338). L'individu tente d'obtenir un équilibre systémique. Or, si un déséquilibre des sous-systèmes survient, cela aura des répercussions négatives sur la santé. L'équilibre du système comportemental et sa stabilité sont prédictibles grâce à une analyse du comportement (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 96). Lorsqu'un patient psychotique se retrouve dans un contexte insécurisé et en situation de déséquilibre, cela fera dysfonctionner les sous-systèmes. Ainsi, le résultat de cette dysharmonie est le passage à l'acte violent, car il y aura un déséquilibre dans le sous-système de l'agression et de la protection.

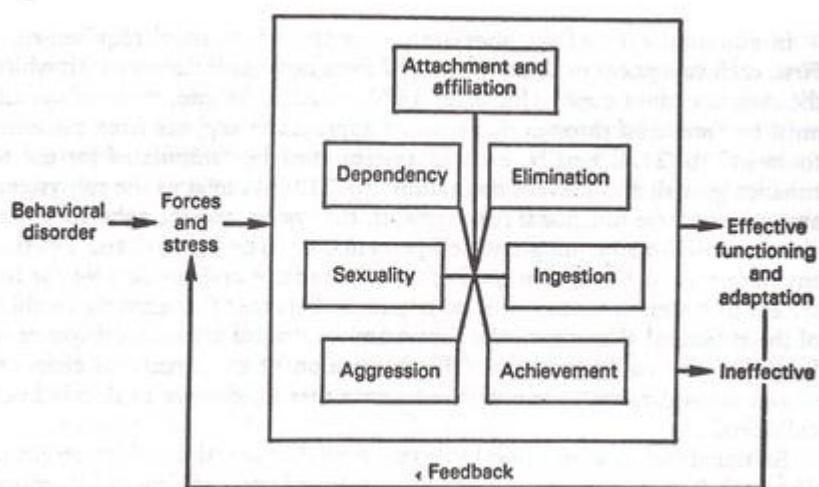
**L'environnement** est un processus externe qui régule l'action sur les comportements. Des forces environnementales excessivement fortes perturbent l'équilibre du système comportemental et menacent la stabilité de la personne. L'environnement est également la source des impératifs essentiels de protection (...) qui constituent des conditions préalables à la santé (Alligood & Marriner Tomey, 2010, traduction libre, p. 338). L'environnement est une source de stress ou d'apaisement pour une personne atteinte de troubles psychotiques dû à la composante de la maladie, ainsi celui-ci influencera positivement ou à l'inverse, le comportement du patient lors de sa prise en charge. Le système comportemental tente de maintenir l'équilibre dans la réponse aux facteurs environnementaux en prenant en compte le contexte de la personne (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 96). De plus, l'infirmière doit pouvoir analyser les divers éléments gravitant autour du patient et son environnement afin de pouvoir les incorporer dans sa vision de la prise en soin et pouvoir anticiper un risque d'incident violent.

**Le soin** est une force externe qui permet l'acquisition ou le maintien de l'homéostasie du système comportemental au niveau le plus haut possible (Alligood & Marriner Tomey, 2010, traduction libre, p. 337). Le soignant amène des ressources au patient lorsqu'il subit un déséquilibre du système, afin de prévenir des actes de violence et préserver la qualité de l'offre en soins. Le soignant doit lui apporter des soins rassurants et essayer de comprendre la source de l'évènement stressant qui pourra provoquer un acte violent, et cela de manière singulière et adaptée à son cas, dans le but de permettre une meilleure qualité de prise en soin. La préoccupation principale de l'infirmier est la prédiction d'un système comportemental pouvant être menacé (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 97).

## 2.3 Les concepts clés

Le fonctionnement de la personne se compose de plusieurs sous-systèmes tels que l'attachement et l'affiliation, la dépendance, l'ingestion, l'élimination, la sexualité, l'agressif/protecteur et l'accomplissement. Chaque sous-système s'adapte à une situation précise afin de maintenir l'équilibre avec les autres et ce même en présence d'un facteur inattendu. L'évaluation du comportement se fait d'après ces différents sous-systèmes.

L'image ci-dessous illustre le fonctionnement du système en général et des sous-systèmes le composant.



Tiré de : Theoretical foundations of nursing, 2011

Les fonctions du sous-système de l'**attachement et de l'affiliation** sont nécessaires à la survie ainsi qu'au maintien des liens sociaux. Johnson considère ce sous-système comme étant le plus important, compte tenu de son importance dans les relations sociales (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59). En effet, une personne atteinte de psychose peut à la fois être dépendante d'une personne proche pour les activités quotidiennes mais également présenter de la réticence à la création de liens externes (CHUV, 2015).

La fonction de **dépendance** correspond à la nécessité d'attention, à l'approbation, à la reconnaissance et à l'alimentation. Cependant, elle peut représenter également dans certains cas, pour des personnes psychotiques, une dépendance de substances toxiques. Cette personne verra ainsi la prise de toxique comme un potentiel régulateur de son comportement qui l'amènera à un bien-être. Toutefois, d'un point de vue externe, cette consommation peut parfois représenter un élément perturbateur pour le système général. Par ailleurs, une certaine dépendance est nécessaire au maintien des relations sociales (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59).

La fonction du sous-système **d'agressif et protecteur** correspond à la protection de soi au sein de la société (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59). Ainsi, des comportements violents peuvent être une réponse à des éléments perturbants la personne psychotique. De ce fait, elle mettra en place des comportements en guise de protection. Cependant, d'un point de vue externe, ces attitudes peuvent augmenter le déséquilibre du système général.

Les autres concepts qui ne sont pas développés ci-dessous sont présentés en annexe n°1 car ils apparaissent comme n'étant pas utiles à la mise en lien du modèle théorique avec la problématique.

## **2.4 La pratique infirmière selon D. Johnson**

“La pratique infirmière vise le maintien de la santé de la personne dans toutes ses dimensions : santé physique, mentale et sociale. Ainsi, l’infirmière évalue les besoins d'aide de la personne dans son ensemble en tenant compte de ses perceptions” (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010, p. 40). Johnson prend en compte l'environnement du patient et comment celui-ci influence l'équilibre du système comportemental. De ce fait, la personne souffrant de psychose est très sensible à l'interaction avec le monde qui l'entoure, car ce dernier peut la déstabiliser ou la rassurer à tout moment (Llorca, 2006). Ainsi cela influencera la stabilité des sous-systèmes. Le patient souffrant de psychose peut adopter des comportements violents comme stratégie pour faire face à un environnement qui ne lui convient pas. Il lui est possible de mettre en place des stratégies telle que la violence dans le but de se protéger et de veiller à son équilibre. Une personne est considérée comme un ensemble systémique qui développe des mécanismes de défenses afin de maintenir ou rétablir son équilibre (Michel et al., 2015).

Les limites des comportements acceptables et donc tolérées sont fixées par la société. Cependant, elles tendent à être plus étroites dans certains domaines que celles fixées par la société (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.57). Ainsi, les comportements violents présents en unité psychiatrique sont considérés comme n'étant pas acceptables au niveau des soins ou de la santé.

Par ailleurs dans le modèle de Johnson, le soignant, prend en soin du patient grâce à l'outil de l'analyse comportementale, ce qui favorise l'homéostasie entre chaque sous-système, tout en prenant en compte les limites de l'individu (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p. 61). Le professionnel, en tant que force externe, va tenter de faire parvenir au patient atteint de la maladie des ressources, afin que ce dernier puisse trouver en lui une adaptation efficace pour contrer les stimuli qui sont source de tension interne. L'observation des comportements verbaux et non verbaux du patient permettant le maintien d'une relation de confiance entre le demandeur de soin et le professionnel, sont les clés de la prise en soins en psychiatrie (Schiebler & Müller, 2014).

Le but de ce travail est de prévenir les situations à risque de violence en détectant les facteurs favorisants les comportements agressifs. La prévention apparaît dans le modèle de D. Johnson comme le but des soins infirmiers (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.61). Ainsi, le modèle de Johnson semble pertinent dans la réduction des actes violents dans les unités de psychiatrie. Le modèle de Johnson est pertinent et en lien avec la problématique de l'analyse comportementale, puisqu'il préconise une perspective de prédiction des attitudes de violence à risque chez les patients atteints de troubles psychotiques.

### **3 QUESTION DE RECHERCHE**

La violence dans les soins est un sujet croissant et souvent sous-estimé. Comme mentionné précédemment, les personnes touchées par les pathologies psychiatriques sont plus enclines à commettre des actes violents dus aux diverses composantes de celle-ci, et dû aux éléments entourant le patient. De plus, le manque de connaissances des soignants sur la maladie et sur la manière d'agir face à ces incidents, constituent des facteurs influençant le passage à l'acte chez un patient psychotique (Gbézo, 2011). Les conséquences de ces actes ont pour effet répercussion une mauvaise qualité de la prise en soin. Pour faire face à ce phénomène, les soignants disposent de différentes techniques ou mesures institutionnelles.

Le dépistage des actes violents paraît donc essentiel et les moyens préventifs doivent être davantage mis en avant. L'analyse comportementale semble être un outil important dans la prévention et dans l'amélioration de la prise en soin des patients atteints de psychose. Le modèle de soins de D. Johnson prend tout son sens car il prône cette analyse. Ainsi, ce travail s'appuie sur ce modèle afin de détecter les situations susceptibles de déclencher des actes violents chez ces patients. L'objectif de ce travail est d'explorer les instruments de mesure mis à disposition des soignants en psychiatrie, dans le but d'identifier les éventuels passages à l'acte. Ainsi, la question de recherche de ce travail est la suivante :

**Quels sont les instruments mis à disposition des soignants en psychiatrie qui permettraient la détection et l'identification du risque de passage à l'acte des patients atteints de psychose ?**

Une autre question ressort de ce premier questionnement. En effet, il serait important d'investiguer sur les interventions appliquées lors de l'identification du risque de violence, à l'aide des instruments de mesure. La deuxième question est donc la suivante :

**Quelles sont les interventions mises en place lors d'apparition de signes cliniques pouvant conduire à un passage à l'acte ?**

## 4 MÉTHODE

Ce chapitre présente la démarche méthodologique utilisée pour l'élaboration de cette revue de littérature. Les deux aspects de la question de recherche qui sont : les instruments de mesure permettant la détection du risque de violence ainsi que les interventions infirmières, ont été retenus pour élaborer la recherche documentaire.

### 4.1 Les sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Ces deux thèmes ont permis d'identifier les concepts-clés de la problématique qui sont présentés dans le PICO. La méthode PICO est constituée de la population, de l'intervention, du type de comparaison souhaitée et de l'outcome. Ces mots clés ont ensuite été traduits à l'aide du site internet HeTOP pour les plateformes Pubmed et CINHAL sont présentés ci-dessous.

Tableau 1: PICO, mots clés et traduction

	Mots-clés en français	Mesh Terms en anglais pour Pubmed	Mots-clés en anglais pour CINHAL
Population	Personnes atteintes de troubles psychotiques	Psychiatric disorders	Psychiatric disorder / Inpatient / Inpatient psychiatric
Intervention	Identifier et prévenir les situations à risque de violence / Interventions infirmière	Risk assessment / Violence	Violence prevention / Prediction / Violence scale / Nurse intervention
Contexte	Unités de psychiatrie		
Outcome	Diminution de la violence		

Ensuite, les mots-clés ont été employés à chaque recherche à l'aide de différentes équations. De ce fait, les bases de données PubMed et CINHAL ont été consultées entre septembre 2017 et mars 2018. Les équations définitives ont été retenues en mai 2018. A ce moment-là, les équations finales répondaient intentionnellement aux deux questionnements. Les trois filtres utilisés sur la base de données Pubmed ont été la date de publication des articles, datant au maximum de 10 ans, "adults : 19 years +" ainsi que "free full text". Concernant la base de données CINHAL, aucun filtre n'a été appliqué. De plus, pour la recherche d'articles, l'outcome n'a pas été appliqué car il regroupait les concepts clés de l'intervention et le contexte était déjà sous-entendu dans la population. C'est pourquoi ces deux éléments n'apparaissent pas dans les équations de recherche effectuées. Ainsi, dans les sous-chapitres suivants, les critères de sélection et d'exclusion sont exposés.

#### **4.2 Critères d'inclusion**

Les critères de sélection sont les patients adultes atteints de psychose en utilisant le filtre « Adults : 19 years + » sur Pubmed. Cependant, sur CINHAL le critère de l'âge n'a pas été appliqué à l'aide d'un filtre, mais de manière sélective à travers du titre et du résumé des articles. Toutes études se référant à la violence dans les soins et aux instruments de mesure du risque de passage à l'acte ont été sélectionnées. Par ailleurs, les articles concernant les interventions infirmières mises en place ont été inclus.

#### **4.3 Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient l'année de publication de l'article parue avant 2008 par sélection sur la base de données CINHAL et par filtre « Moins de 10 ans (2008-2018) » sur Pubmed. De plus, les articles présents en doublons lors des diverses équations faites sur la même plateforme, mais également sur les deux plateformes différentes, ont été exclus. Certains articles semblant pertinents, et pouvant enrichir la revue de littérature étaient inaccessibles, cela représentait donc un critère d'exclusion. Les articles présentant des instruments de mesure qui étaient exposés dans d'autres articles déjà sélectionnés n'ont pas été retenus. Puis, une population non correspondante au sujet cible et un contexte non hospitalier étaient également des critères d'exclusion. De ce fait, les équations utilisées pour la recherche documentaire sont démontrées dans le tableau 2 ci-dessous.

#### 4.4 Équations de recherche

Tableau 2: Équations effectuées pour la recherche documentaire

Bases de données	Équations	Filtres	Résultats de la recherche
<b>CINHAL</b>  (consulté en mai 2018)	(nurse intervention AND violence prevention AND psychiatric disorder)	Pas de filtre utilisé	<b>N = 19</b> Éliminés selon le titre= 11 Éliminés selon le résumé= 4 Éligibles pour l'analyse= 3
<b>CINHAL</b>  (consulté en mai 2018)	(violence scale AND inpatient AND prediction)	Pas de filtre utilisé	<b>N = 16</b> Éliminés selon le titre= 8 Éliminés selon le résumé= 3 Éligibles pour l'analyse= 4
<b>CINHAL</b>  (consulté en mai 2018)	(nurse intervention AND violence prevention AND inpatient psychiatric)	Pas de filtre utilisé	<b>N = 20</b> Éliminés selon le titre= 9 Éliminés selon le résumé= 4 Éligibles pour l'analyse= 5
<b>PubMed</b>  (consulté en mai 2018)	(psychiatric disorders [MeSh Terms] AND violence [MeSh Terms]) AND (risk assessment [MeSh Terms])	Moins de 10 years (2008-2018), “free full text” et Adults : 19 years +	<b>N = 71</b> Éliminés selon le titre= 54 Éliminés selon le résumé= 10 Éligibles pour l'analyse= 5

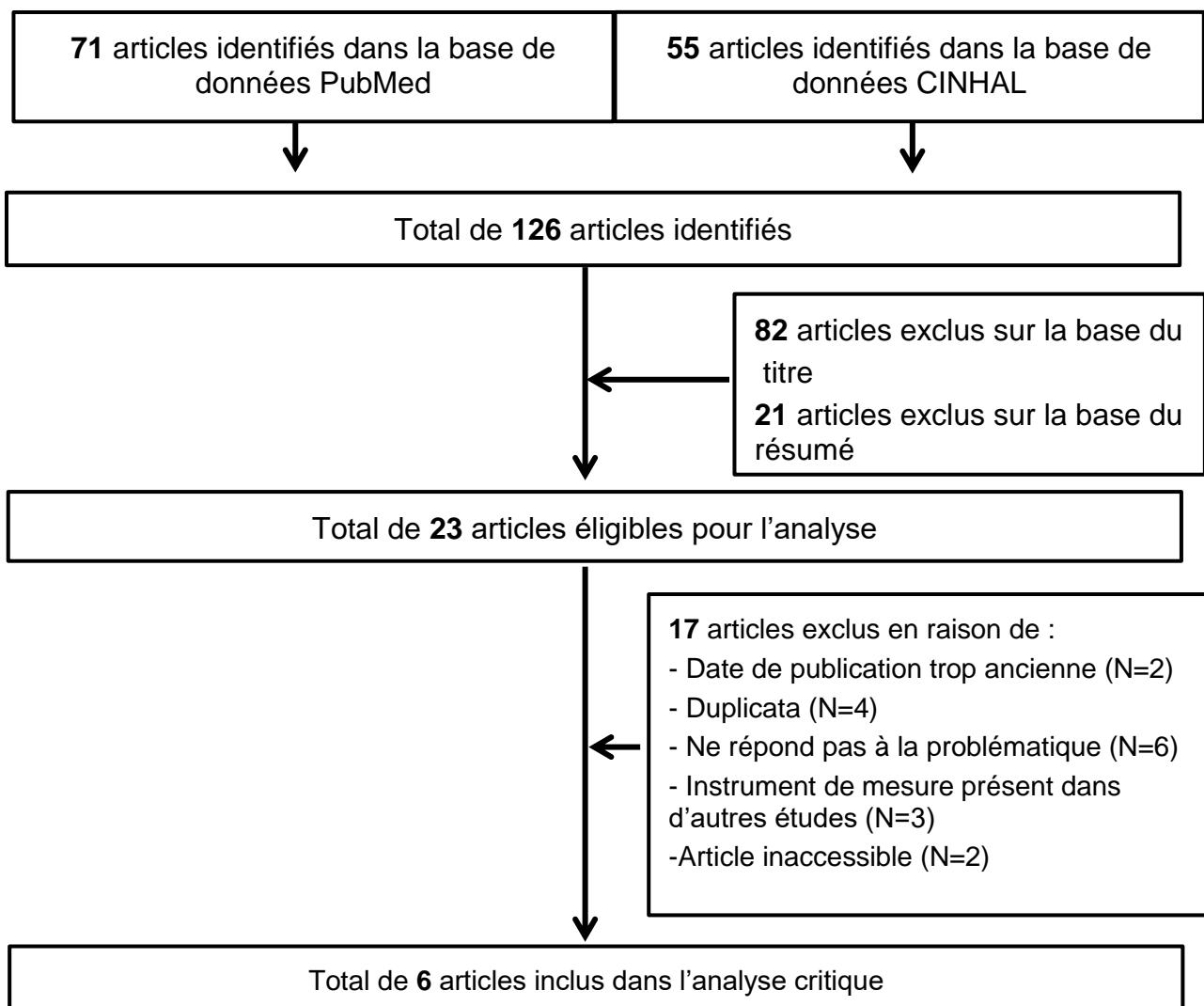
Dès les premiers résultats obtenus, certains obstacles ont entravé l'évolution dans la recherche d'articles. En effet, la population choisie de base était les patients atteints de schizophrénie. Malheureusement, après avoir fait usage de plusieurs moteurs de recherche, il s'est avéré que la population cible restreignait de manière trop importante les résultats. Afin d'optimiser la qualité de la recherche, il était préférable de choisir pour population cible des patients atteints de psychose, ce qui permettait d'obtenir un plus grand nombre d'articles et ainsi de pouvoir mieux agrémenter la revue de littérature.

En procédant à une première sélection, certains articles basés sur le titre ( $N=82$ ) ont été exclus car ils ne correspondaient pas à la problématique. Puis, lors du deuxième tri d'autres ont été exclus selon le résumé ( $N=21$ ), qui ne correspondaient pas aux attentes.

Ainsi, un diagramme de flux illustre la démarche afin de mettre en évidence les articles choisis. Pour finir, les articles de recherche sélectionnés ont été soumis à une analyse précise et détaillée.

#### 4.5 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la figure 1.



## 5 RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats obtenus à la suite de l'interrogation des bases de données sont présentés. En premier lieu, les différents articles sont détaillés, les tableaux comparatifs sont exposés en deuxième lieu, puis un tableau synoptique reprenant les thèmes principaux est également présenté. Pour finir, les résultats sous formes de thèmes sont développés au sein de ce chapitre.

A la fin de notre recherche, six articles ont été retenus. Premièrement, les articles traitant les instruments de mesure sont présentés, puis les articles exposant les interventions infirmières mises en place lorsqu'un risque d'incident violent a été détecté, sont développés ultérieurement. La thématique des instruments de mesure est développée dans les articles de Abderhalden et al. (2008), Amore et al. (2008) et Chen, Hwu & Hu (2014). De plus, l'étude de Kaunomäki et al. (2017) fait la transition car il aborde le sujet des interventions. Enfin, les études de Koukia, Madianos & Katostaras (2009) et Zuzelo, Curran & Zeserman (2012) exposent également les interventions.

L'article de Abderhalden et al. (2008) est un essai contrôlé randomisé, celui des auteurs Chen et al. (2014) est une étude de cohorte. Les études de Amore et al. (2008) et Koukia et al. (2009) sont des études descriptives rétrospectives. L'étude de Kaunomäki et al. (2017) est une étude observationnelle sans randomisation, enfin, l'étude de Zuzelo et al. (2012) est une étude de type qualitative.

Concernant les niveaux de preuves selon ANAES 2010, les articles de Abderhalden et al. (2008), Chen & al. (2014) et Kaunomäki et al. (2017) ont un niveau de preuve de 2<sup>1</sup> et les articles de Amore et al. (2008), Koukia et al. (2009) et Zuzelo et al. (2012) ont un niveau de preuve de 4.

---

<sup>1</sup> Niveau de preuve EBN selon ANAES (1=elevé, 4=faible).

Malgré un niveau de preuve faible de ces articles, les études de Koukia et al. (2009), de Zuzelo et al. (2012) ainsi que l'étude de Amore et al. (2008) sont issus de revues révisées par les pairs. L'impact factor de ces revues, dans lesquelles ils sont parus, sont élevés et démontrent un bon niveau de la qualité des articles.

Les divers aspects éthiques sont respectés, que cela soit dans les articles étudiés mais également tout au long de l'élaboration de ce travail.

Le contenu principal de chaque étude est présenté dans le paragraphe ci-dessous sous forme de tableaux récapitulatifs. De plus, une analyse des articles est présentée dans les pages suivantes.

### **5.1 Tableaux comparatifs**

Les tableaux suivants présentent les méthodes, les résultats, les limites et recommandations des diverses études sélectionnées et mentionnées ci-dessus.

Tableau 3 : « Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial »

Auteurs/ Année/ Lieu	Population /Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H-J. & Fischer, J. -2008 -15 unités d'admission psychiatrique aiguë. Ces unités ont été sélectionnées parmi 86 services au sein de 32 hôpitaux psychiatriques en Suisse alémanique.	-2'364 patients adultes ayant un trouble psychiatrique aigu et séjournant moins de trois mois dans le service.  -Niveau de preuve 2. Essai contrôlé randomisé.  -Évaluer si les évaluations des risques diminuent l'incidence de la violence et de la coercition.	-L'intervention consistait en une évaluation structurée des risques de violence à court terme pour chaque nouveau patient pendant les 3 premiers jours d'hospitalisation.  -L'instrument était l'échelle Brøset Violence Checklist (BVC-CH). Elle permet d'évaluer le risque imminent de violence (dans les 24 heures). Le score va de 0 à 12. Si un score se trouve entre 7 et 9, le personnel soignant mettait en place différentes mesures de prévention.  -Les accidents agressifs ont été enregistrés grâce à la SOAS-R. Elle enregistre les facteurs favorisants, les moyens utilisés par le patient, la cible de l'agression, les conséquences pour la cible et les mesures prises pour mettre fin à l'agression. Des interventions ont été ensuite mises en place comme l'isolement, la contention mécaniques ou pharmacologiques.	-Les diagnostics sont en majorité des troubles schizotypiques (31%), qui concernaient 734 patients. Les hommes (53,4%) âgés de - 40 ans étaient plus nombreux.  -770 incidents agressifs ont été rapportés impliquant 314 patients et 632 mesures coercitives ont été enregistrées. Des mesures coercitives ont parfois été utilisées pour prévenir l'agression. Sur les 770 incidents agressifs, 418 (54%) avaient un score SOAS-R de 9 ou plus.  -L'utilisation d'une échelle d'évaluation du risque de violence imminent permet de réduire le risque de 41% d'agression de la part des patients et permet de réduire le risque de 27% l'utilisation des mesures coercitives.  -Une évaluation du risque de violence permet de réduire considérablement le taux d'incidents.	-Manque de renseignements sur les interventions mises en place après avoir fait l'évaluation.  -Les résultats ne peuvent pas être généralisables à la population car la fréquence d'agression dans les services non participants à l'étude n'étaient pas disponibles.  -Les groupes classaient différemment le risque de violence d'après leurs interprétations personnelles.	-La mise en place d'évaluation structurée du risque de violence dans la pratique professionnelle afin de réduire les incidents d'agression et des mesures coercitives.  -L'important taux d'agressions en milieu psychiatrique est constaté. Il permet de se rendre compte de la nécessité de la mise en œuvre d'échelle d'évaluation du risque afin de mieux détecter et prévenir ces actes.

Tableau 4: « Clinical prediction of violence among inpatients with schizophrenia using the Chinese modified version of ViolenceScale : A prospective cohort study »

Auteurs/ Année/ Lieu	Population/ Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Chen,S.-C., Hwu, H.-G. & Hu, F.-C.  -2014.  -Cette étude a été menée dans un service psychiatrique aigu à l'hôpital universitaire de Taïwan, en Chine.	-107 patients adultes atteints de troubles du spectre de la schizophrénie.  -Niveau de preuve : 2. Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.  -Examiner l'exactitude de la prédiction des types de violence en utilisant la version chinoise modifiée de Violence Scale.	-Les données ont été récoltées par l'outil d'évaluation VS-CM, mais il n'est pas explicitement indiqué quels critères ont été retenus ni la méthodologie de la récolte des données.  - Pour la recherche des données concernant les antécédents de violence qui a été faite par entrevue auprès des participants et de leurs proches, lors de l'admission.	- 91 patients (85%) présentaient des antécédents de violence. Durant l'hospitalisation, 67 patients (62,6%) ont présenté de la violence.  -La prédiction du risque de violence durant l'hospitalisation en utilisant les antécédents de violence présente une sensibilité de 97%, une valeur positive prédictive de 71,4% et une spécificité de 35%.  -Au cours de l'hospitalisation, la violence des patients peut être prédite par leurs antécédents de violence. D'autres facteurs de risque devraient également être pris en compte.	-Il s'agit d'un échantillon relativement petit dans une population spécifique (Taïwan) ne permettant pas de généraliser les résultats.  -On ne sait pas de quel type d'entrevue il s'agit, cela aurait pu influencer les résultats par un biais quelconque (indication et interprétation)	-L'article fournit les données empiriques afin de préconiser l'évaluation des risques de violence dans le cadre de la routine d'admission. De plus, elle met en avant l'utilisation de l'échelle VS-CM pour identifier le risque de violence afin que les soignants puissent adapter la prise en soin.  -L'étude est intéressante et pertinente pour la recherche de statistiques car il y a beaucoup d'éléments purement scientifiques.

Tableau 5: « Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : Clinical study »

Auteurs/ Année/ Lieu	Population/ Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi D.  -2008  -Unité aigue d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique universitaire de Bologne.	-374 patients psychiatriques admis à partir du service des urgences. L'échantillon final comprenait 303 patients (71 avaient été exclus de l'étude pour diverses raisons)  -Niveau de preuve 4 : Étude quantitative descriptive rétrospective.  - Déterminer les facteurs de risque de violence chez les patients hospitalisés. Trois objectifs principaux : (1) évaluer la prévalence des comportements agressifs avant et après l'admission ; (2) identifier les facteurs associés au comportement agressif, un mois avant l'admission ; (3) et pendant l'hospitalisation.	-Les auteurs ont utilisé les dossiers médicaux afin de récolter les informations et des entrevues cliniques structurées.  -Les symptômes psychiatriques ont été relevés grâce à l'échelle BPRS.  -Les comportements agressifs ont été évalués à l'aide de l'échelle SOAS. Les patients ayant un comportement agressif ont été classés en deux groupes. Ils ont été ensuite comparés aux patients non agressifs. Puis, les auteurs ont évalué les facteurs des patients agressifs qui avaient déjà commis un acte de violence précédent l'hospitalisation.  -Variables sociodémographiques (âge...) et cliniques (diagnostic...).	-186 patients ont eu des agressions verbales (N=96) ou physiques (N=90) avant l'hospitalisation.  -49,7 % des patients étaient atteints de schizophrénie (BPRS élevé).  -La violence durant l'hospitalisation sont associées aux antécédents de violence, au sexe masculin, à un jeune âge et au fait de vivre avec des proches.  -Pendant l'hospitalisation, il y a eu 173 épisodes d'agressions physiques dont 33 actes commis par les patients ayant des antécédents d'agression physique et 39 actes réalisés par les patients ayant eu des agressions verbales.	-Informations recueillies dans les dossiers médicaux.  -Difficulté d'estimer des facteurs uniques dans la détermination du comportement agressif, car la violence est un phénomène multifactoriel.  -Résultats non généralisables car les facteurs sont multiples.  -Critères de sélection non-exposés de manière claire.	-La comparaison entre le groupe des patients agressifs et non agressifs permet une meilleure précision et mise en lien des facteurs prédisant un acte de violence.  -Les auteurs mettent en avant le sexe masculin, le jeune âge, la toxicomanie et divers diagnostiques psychiatriques comme étant des facteurs pouvant prédire un potentiel risque de violence.  -La violence est liée à plusieurs facteurs qui doivent être étudiés afin de les comprendre pour pouvoir prédire des actes de violence.

Tableau 6: « Interventions following a high risk assessment score : a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward »

Auteurs/Année /Lieu	Population/ Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. -2017 -Service d'admission psychiatrique aigue de l'hôpital Kellokoski au Sud de la Finlande.	- 300 patients souffrant de maladies psychiatriques. Il s'agissait d'un échantillon consécutif de patients hospitalisés.  -Niveau de preuve 2 : Étude quantitative observationnelle en milieu naturel sans randomisation.  -Étudier les interventions les plus efficaces appliquées par le personnel après qu'un patient à haut risque de violence ait été identifié. Mais aussi d'évaluer l'efficacité de l'utilisation d'un instrument de mesure dans la prédiction du risque de violence.	-L'instrument de mesure utilisé pour cette étude est l'échelle DASA afin d'identifier le risque aigu de violence chez les patients par leurs comportements et leurs dires. Les données ont été recherchées dans le dossier du patient.  -Données récoltées pendant une période de 6 mois. L'instrument DASA a permis d'évaluer les patients à risque de violence. Lorsque le score DASA était élevé (4 ou +) et présentant un risque de violence, des interventions ont été mises en place afin de réduire le passage à l'acte. Puis, après l'application des interventions, le score DASA a été calculé à nouveau afin de comparer les scores avant et après les interventions.	-Le diagnostic de schizophrénie (N=106) est un des plus présent.  -64 patients ont obtenu un résultat élevé et un haut risque de violence. Sur ces derniers, 217 évaluations ont été menées, ce qui correspond environ à 3 évaluations par personne. Cela totalise donc 400 interventions.  -Les interventions les plus efficaces qui permettaient l'obtention d'un score DASA plus faible, après la mise en place des interventions, étaient les entretiens infirmiers et le soutien verbal de la part des soignants (10,8%), le changement du plan de traitement (5,8%) ainsi que la mise en pratique d'activités de la vie quotidienne telles que le sport (2,8%).  -Les traitements médicamenteux d'urgence administrés sans le consentement des patients (33,5%) et les mesures de contraintes (15,3%) sont les interventions utilisées en premier lieu, mais peuvent parfois avoir un effet inverse et ne démontrent pas une réelle efficacité.	-La qualité des dossiers médicaux peut varier. Il est possible qu'une intervention ait eu lieu alors qu'elle n'a pas été enregistrée. La récolte des données a été faite à l'aide des dossiers médicaux.  -L'étude n'est pas généralisable car elle a été réalisée au sein d'un seul hôpital.  -Biais d'indication présent.  -Pas d'indication sur l'impact de la mise en œuvre des interventions proposées.	-Rappeler au soignant de faire preuve d'imagination en proposant au patient des activités ludiques qui pourrait éviter les interventions pharmacologiques ou coercitives.  -D'autres études axées sur les interventions et les évènements violents sont nécessaire afin de valider la causalité entre ces deux éléments.  -Réaliser des essais randomisés par grappes afin de déterminer précisément l'efficacité des interventions proposées.

Tableau 7: « On The Spot” Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece »

Auteurs/ Année/ Lieu	Population/ Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T.  -2009  -Au sein de diverses unités de soins dans 3 hôpitaux psychiatriques d'Athènes en Grèce.	-103 infirmières en santé mentale travaillant dans les services de soins hospitaliers. Les infirmières travaillaient à temps plein dans une unité psychiatrique depuis 3 ans. 17 infirmières ont refusé de participer.  -Niveau de preuve 4 : Étude descriptive de régression logistique.  - Explorer les interventions cliniques utilisées lors d'incidents critiques et analyser l'expérience des infirmières.	-Les infirmières ont décris des cas de patients en crise. Cette analyse a révélé 10 types d'incidents. Les infirmières ont rapporté les interventions qu'elles utilisent lors d'incidents (exemple appeler un psychiatre, soutenir et rassurer, appliquer une contention physique et administrer des médicaments).  -La récolte des données a été faite à l'aide d'un programme d'entretien semi- structuré. Les infirmières ont choisi leur intervention parmi cinq choix d'interventions.	-L'intervention appliquée lors de tous les incidents mentionnés est le soutien et rassurer (83,5% : angoisse, 68,9% : comportement perturbateur 57,3% : agitation...).  -Les médicaments sont utilisés surtout lors d'insomnie (55,3%).  -L'appel au psychiatre concerne aussi la plupart des intervention (50,5% lors de symptômes psychotiques, 49,5% : violence contre les objets, 47,6% : agression physique...).  -Les mesures de contention sont appliquée le plus souvent lors de violence physique (36,9%).  -L'appel à un chef infirmier apparaît aussi mais en pourcentage moindre (26,2% lors d'attitude de provocation).	-Ces résultats ne sont pas généralisables.  -La plupart des infirmières ne connaissent pas les techniques d'intervention et agissent probablement de manière humaniste plutôt que professionnelle.  -Manque de personnel infirmier menant à une surveillance insuffisante, ce qui accroît le risque d'incidents.	-La principale recommandation est la catégorisation et la priorisation des besoins en soins infirmiers en pratique clinique psychiatrique, par exemple, les besoins de formation, les rôles et les limites des infirmières, les responsabilités et l'autonomie de celles-ci.

Tableau 8: « Registered Nurses' and Behavior Health Associates' Responses to Violent inpatient interactions on behavioral health units »

Auteurs/ Année/ Lieu	Population/ Type et but de l'étude	Méthode/ Instruments de mesure/ Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
-Zuzelo, P., Curran, S. & Zeserman, M.  -2012  -Unité de soins psychiatriques aigues dans un centre de santé et un établissement psychiatrique privé en Philadelphie aux États-Unis.	-19 soignants dont 8 infirmières et 11 étant des aides- soignants.  Échantillon réalisé conforme les disponibilités des personnes désirant participer à l'étude.  -Niveau de preuve : 4 Étude qualitative.  -Explorer les réponses individuelles et collectives du personnel soignant face à des incidents de violence afin de pouvoir comprendre le phénomène et de mettre en place diverses interventions préventives et d'action après l'acte.	-L'entrevue collective par groupes de 3 à 10 participants. 4 groupes ont été formés. Les enquêteurs ont servi de modérateurs de la discussion.  -Les participants ont (a) identifier les comportements des patients agressifs (b) réfléchir sur les pensées, les émotions et les actions qui se produisent en réponse à un patient violent (c) décrire la réaction de l'équipe ; (d) réfléchir sur l'influence de la réponse de l'équipe aux rencontres ultérieures avec le patient et (e) identifier les réponses individuelles et d'équipe qui ont été utiles ou non à la suite d'actes.  -Le débriefing a suivi chaque interview de groupe.  -Les auteurs ont ensuite regroupés les réponses selon thèmes.	-Les principaux thèmes qui sont ressortis des discussions sont : le partage d'informations sur la violence, se protéger soi-même et les autres, intervenir thérapeutiquement, se sentir aidé par l'équipe, vivre les séquelles de la violence et les stratégies d'adaptation.  - Utiliser des moyens de protection positifs individuelles ou pour les autres dans le but de créer un environnement de confiance pour le patient.  - Avoir une réaction de bienveillance, respectueuse et appropriée à chaque cas afin de contribuer à une prise en soin adéquate.  - L'importance d'identifier les antécédents actes de violence chez un patient afin de pouvoir anticiper les futurs passages à l'acte et minimiser le potentiel de violence en ciblant les facteurs déclencheurs.  -Collaborer avec l'équipe.	-Nombre d'infirmière diplômée inférieur aux nombres du reste des soignants.  -Le lieu de discussion était dans un milieu de soins particulier limitant la généralisation des résultats.  -Les réponses données pouvaient avoir un effet négatif sur la véracité des données.	-Proposer des formations aux soignants concernant les comportements et attitudes à adopter face à un patient violent.  -Mettre en place des moments de partage au sein des unités après un acte de violence.  -Proposer et mettre en place un système de suivi des cas signalés de violence.

## 5.2 Tableau de synthèse des thématiques

Après avoir analysé les diverses études, plusieurs thèmes ont été relevés au sein des articles. En effet, trois thèmes principaux ont été identifiés :

- Les patients hospitalisés en unité psychiatrique,
- La prise en soins
- Les ressentis des soignants.

Parmi ceux-ci, plusieurs sous-thèmes ont fait surface. Ces derniers sont représentés dans le tableau ci-dessous et permettront d'aborder la thématique des résultats.

Tableau 9: Tableau synoptique des thématiques

Thèmes	Sous-thèmes	Abderhalden et al. (2008)	Chen et al. (2014)	Amore et al. (2008)	Kaunomäki et al. (2017)	Koukia et al. (2009)	Zuzelo et al. (2012)
Patient hospitalisé en unité psychiatrique	Caractéristiques	X	X	X	X		
	Antécédents		X	X			X
	Comportements violents	X	X	X	X	X	X
Prise en soins	Instruments de mesure	X	X	X	X		
	Détection et prévention	X	X	X	X		
	Interventions infirmières	X			X	X	X
Ressenti des soignants	Besoins des soignants		X		X	X	X
	Opinions personnelles pouvant influencer la prise en soin		X				X

## **5.3 Synthèse et analyse critique des articles retenus**

Dans les sous chapitres ci-dessous, les thèmes mis en évidence dans le tableau synoptique seront développés.

### **5.3.1 Patient hospitalisé en unité de psychiatrie**

Dans ce sous-chapitre, les caractéristiques prenant également en compte les antécédents de violence qui favorisent le passage à l'acte d'un patient sont détaillés ci-dessous.

L'étude de Chen et al. (2014) est une étude de cohorte prospective dans laquelle les participants (N=107) étaient des patients atteints de schizophrénie, hospitalisés au sein d'une unité de soin aigue d'un hôpital de Taïwan. Le résultat principal de cette étude précise qu'un antécédent de comportement agressif est le prédicteur fondamental d'un futur risque de violence. En effet, 91 patients (85%) présentaient des antécédents de violence et durant l'hospitalisation 67 patients (62,6%) ont présenté des actes violents. Cependant, les auteurs suggèrent que d'autres facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le sexe et la consommation de substance ne devraient pas être négligés.

Amore et al. (2008) ont mené une étude quantitative rétrospective, descriptive afin de démontrer la prévalence des comportements agressifs avant et après une hospitalisation, ont déterminé les facteurs sociodémographiques associés à un risque de violence. L'étude comporte 186 patients qui avaient des antécédents de violence verbale (N=96) ou physique (N=90) avant l'hospitalisation. 173 cas de violence ont été enregistrés durant l'hospitalisation dont 33 actes commis par les patients ayant des antécédents d'agression physique et 39 actes commis par les patients ayant commis des agressions verbales. Les facteurs prédominants chez les patients ayant été violents, étaient le jeune âge (âge moyen de 41,6 ans), le sexe masculin (60,1%) et le diagnostic de schizophrénie (49,7%). Un haut taux de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) dû aux symptômes de la pathologie est également associé à un risque élevé de violence. La consommation de toxiques (38,6%) ainsi que des antécédents de violence durant le passé (34,7%) sont d'autres potentiels facteurs.

Ainsi, la violence passée demeure le prédicteur le plus constant et le plus stable de la violence future. Cependant, il est parfois difficile d'estimer le rôle des facteurs dans la détermination du comportement agressif, car la violence est un phénomène complexe et multifactoriel.

Zuzelo et al. (2012) sont les auteurs d'une étude qualitative dans laquelle divers soignants ont été invités à identifier les comportements des patients violents. Cette étude met également en avant l'importance de l'identification des antécédents de la violence dans la prédiction d'un éventuel passage à l'acte.

Dans l'essai contrôlé randomisé de Abderhalden et al. (2008), la population de patients atteints de schizophrénie était la plus importante ( $N=734$ ), elle représente 31% et est également le diagnostic principal des patients ayant commis des actes violents.

Kaunomäki et al. (2017) mentionnent dans leur étude que, parmi la population ( $N=300$ ), le nombre de personnes atteintes de schizophrénie s'élève à 106 (35,3%). Par ailleurs, 49% des participants étaient de sexe masculin.

De ce fait, il est possible de mettre en évidence que les facteurs précurseurs de la violence sont les antécédents violents, le diagnostic ainsi que les diverses composantes sociodémographiques.

### **5.3.2 Instruments de mesure**

Dans ce chapitre, les divers instruments de mesure utilisés, dans les études retenues, sont exposés ultérieurement.

L'étude de Abderhalden et al. (2008) a pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'échelle de Brøset Violence Checklist (BVC-CH) dans la détection du risque imminent de violence, ce qui permettrait de diminuer l'incidence de celle-ci et de la coercition en milieu hospitalier. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé dont l'échantillon ( $N=2'364$ ) a été sélectionné au sein de 15 unités d'admissions dans divers hôpitaux psychiatriques de Suisse alémanique. La démarche consistait à utiliser l'échelle de Brøset à chaque nouvelle admission afin d'évaluer le risque imminent de violence. Ces évaluations combinées avec une échelle analogique ont permis de créer un score allant de 0 à 12. Si un score élevé était observé, une intervention était mise en place. De plus, les incidents agressifs ayant eu lieu ont été enregistrés à l'aide de l'échelle Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R). L'utilisation d'une échelle d'évaluation du risque paraît essentielle dans la prédition du risque à court terme dans les unités psychiatriques. En effet, 770 incidents agressifs ont été reportés durant l'étude qui a duré 460 jours, 418 (54%) avaient un score SOAS-R de 9 ou plus et impliquaient 314 patients et 632 mesures de coercition. L'utilisation d'une évaluation structurée du risque de violence a permis de réduire considérablement les cas d'agression (réduction du risque ajustée de 41%) et de réduire le besoin de mesures coercitives (réduction du risque ajustée de 27%).

L'étude de Chen et al. (2014), affirme que l'emploi d'un instrument de mesure tel que l'échelle VS-CM permet de prédire précocement un risque de passage à l'acte. Le but de cette étude est d'examiner l'exactitude de la prédition des types de violence en utilisant la version chinoise modifiée de Violence Scale. Les données ont été récoltées à l'aide de l'outil Chines Version of Violence Scale (VS-CM) et les antécédents de violence ont été recueilli à l'admission des patients par des entretiens. Ainsi, la prédition du risque de violence durant l'hospitalisation en utilisant les antécédents de violence représente une sensibilité de 97%, une spécificité de 35% et une valeur positive prédictive de 71,4%.

Par ailleurs, dans l'étude d'Amore et al. (2008), l'échantillon (N=303) était composé de patients admis dans une unité aigue au sein d'un hôpital psychiatrique de Bologne. L'échelle BPRS a servi à enregistrer les symptômes psychiatriques des patients afin de les mettre en lien avec le risque de violence. Puis, les comportements agressifs ont été évalué à l'aide de l'échelle SOAS et ont été, par la suite, comparés à un groupe de patients non-agressifs. Les résultats démontrent que l'évaluation des actes de violence, à l'aide de cet instrument, qui prend en compte l'analyse des facteurs de risque, permet aux professionnels de centrer leur attention sur les patients à même de commettre un acte de violence. Ainsi, les cliniciens peuvent se concentrer sur un nombre plus limité de patients pouvant potentiellement présenter un comportement violent. De ce fait, cet outil est favorable à la prédiction du risque de violence

L'étude de Kaunomäki et al. (2017), est une étude quantitative observationnelle en milieu naturel sans aucune randomisation. Les auteurs ont utilisé l'instrument DASA afin d'évaluer l'échantillon comprenant 300 patients, se trouvant dans un service d'admission psychiatrique d'un hôpital finlandais. Les professionnels de la santé ont utilisé l'échelle Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA) afin d'identifier le risque aigu de violence chez les patients admis afin de pouvoir mettre en place des interventions spécifiques, puis pouvoir réévaluer ces patients à l'aide de la même échelle. Ainsi, cet instrument a permis de pouvoir identifier les risques immédiats de violence et donc de pouvoir adapter des interventions dans le but de diminuer un éventuel passage à l'acte.

De ce fait, les résultats de ces études mettent en avant l'utilisation d'un instrument de mesure dans la détection précoce d'un éventuel passage à l'acte. Les résultats de ces études démontrent l'emploi de divers d'outils dans la prédiction de la violence.

### **5.3.3 Interventions infirmières**

Les articles suivants traitent des interventions appliquées par les soignants face à des prodromes de la violence ainsi que lors d'incidents.

L'article de Kaunomäki et al. (2017) a pour but d'analyser les interventions diminuant le risque de violence appliquées par le personnel d'un service psychiatrique après l'identification d'un patient à risque, de savoir à quelle fréquence ces interventions étaient utilisées et leurs efficacités. Lorsque les patients présentaient un score élevé (de 4 ou plus), ces derniers représentaient un haut risque de violence et ainsi des interventions telles que la médication, des mesures coercitives et des entretiens infirmiers étaient proposés. L'étude démontre qu'il y a eu 64 patients qui ont obtenu un résultat élevé et un haut risque de violence. Sur ces derniers, 217 évaluations ont été menées, ce qui correspond environ à 3 évaluations par personne. Cela totalise donc 400 interventions. Il s'avère que les interventions les plus efficaces qui permettaient l'obtention d'un score DASA plus faible, après la mise en place des interventions, étaient les entretiens infirmiers et le soutien verbal de la part des soignants (10,8%), le changement du plan de traitement (5,8%), ainsi que la mise en pratique d'activités de la vie quotidienne, tel que le sport (2,8%). Ainsi, il est à noter que les médicaments d'urgence administrés sans le consentement des patients (33,5%) et les mesures de contraintes (15,3%) sont les interventions utilisées en premier lieu, mais peuvent parfois avoir un effet inverse et inefficace.

L'article de Koukia et al. (2009) est une étude descriptive de régression logistique. Le but de l'étude est d'explorer les interventions cliniques mises en place par les infirmières lors d'incidents violents de la part des patients hospitalisés en services de psychiatrie. L'échantillon (N=103) est composé d'infirmières en santé mentale, au sein de 3 hôpitaux psychiatriques grecs. Celles-ci devaient choisir parmi divers types d'interventions proposés telles que le soutien, contacter un supérieur ou un psychiatre, la médication et la contention physique, pour répondre à des situations présentées dans des vignettes cliniques. Les résultats principaux démontrent que le soutien et la réassurance étaient les interventions principales des infirmières lors de divers types d'évènements comme lors d'angoisse (83,5%), de comportements perturbateurs (68,9%) ou d'agitation (57,3%).

De plus, lors de symptômes psychotiques, l'appel au docteur est la première mesure appliquée par les soignants (50,5%) mais aussi lors de violence contre les objets (47,6%). L'appel à un chef infirmier apparaît aussi mais en pourcentage moindre (26,2%), lors d'attitude de provocation. L'administration de médicaments est utilisée surtout lors d'insomnie (55,3%) et lors d'anxiété (16,5%). Enfin, les mesures de contention sont appliquées le plus souvent lors de violence physique (36,9%) et lors de violence contre l'environnement (32%). Toutefois, le résultat principal de cette étude tend à démontrer qu'il y a un manque de personnel qui pourrait sous-entendre une diminution de la surveillance du comportement des patients.

Zuzelo et al. (2012) ont pour objectif d'explorer les réponses des soignants face aux incidents violents et d'analyser les interventions mises en place lors d'incidents violents dans le but de prévenir. De ce fait, l'intervention que les professionnels de la santé font ressortir est la contention physique. Un des employés s'exprime ainsi : « Je ne comprends pas pourquoi je devrais attendre qu'une personne soit blessée avant de la mettre la personne violente sous contrainte ». Les participants mettent en avant les bienfaits et la nécessité de ce moyen, qui permettrait au patient de se centrer sur lui-même mais aussi d'éviter un passage à l'acte. Cependant, il est important de vérifier si les comportements restrictifs reflètent la philosophie de la pratique infirmière. De plus, les professionnels mettent en avant le maintien d'une bonne relation thérapeutique en adoptant une posture adéquate. Ils font aussi ressortir le besoin de la communication et des entretiens infirmiers pour pouvoir maintenir une relation de confiance.

Dans l'étude de Abderhalden et al. (2008), l'instrument BVC-CH était utilisé pour évaluer le risque de violence. Si le patient présentait un score élevé (entre 7 et 9), le personnel soignant mettait en place des interventions visant la prévention. Les interventions les plus couramment utilisées étaient la contrainte physique, l'entretien infirmier, l'isolement en chambre et l'administration de traitement.

Les diverses études abordées ci-dessus exposent les interventions proposées lors d'incidents violents ou lors de la détection des prodromes.

#### **5.3.4 Ressentis des soignants**

Dans ce chapitre, les besoins et les opinions personnelles des soignants sont évoqués.

Zuzelo et al. (2012) s'intéresse à la récolte et à l'analyse des réponses collectives et individuelles données par les soignants victimes de violence afin de pouvoir comprendre ce phénomène. Cette étude permet d'avoir une perception des ressentis du personnel soignant face à des événements de violence. Ainsi, il est possible de comprendre les besoins des soignants et l'impact de ces événements sur la qualité de la prise en soin. Comme le dit un des soignants interviewés : « Si vous hébergez des sentiments négatifs, vous ne pourrez pas être capables d'aider vos patients ». L'étude a été réalisée au sein de deux établissements de soin psychiatrique à Philadelphie. L'échantillon ( $N=19$ ) est composé d'infirmiers et de soignants en santé mentale ayant participé à des entrevues collectives. Les participants ont été placés dans des groupes de 4 personnes. Ils ont été invités à identifier les comportements des patients violents et à analyser les réponses individuelles et collectives qui ont été utiles ou non à la suite d'actes de violence. Un des thèmes principaux qui ressortait était le partage d'informations. En effet, la communication paraît essentielle dans la prévention de cas de violence. L'éducation et le soutien du personnel sont nécessaires pour encourager d'autres stratégies visant à réduire la probabilité de violence au travail. Le fait de traiter le patient violent avec respect et de manière appropriée permet d'éviter la catégorisation d'un patient et la mauvaise prise en soin. « Nous souhaitons que les patients violents obtiennent la considération et la dignité qu'ils méritent ». De nombreux moyens assurant la protection de soi et d'autrui ont été décrits. La reconnaissance des comportements des patients, la vigilance, le respect d'une distance de sécurité et l'existence d'une relation thérapeutique avec le patient semble aussi importants. Un professionnel de la santé participant à l'étude dit : « Je pense que nous devons traiter les patients violents aussi bien que nous le faisons avec des patients calmes. Il faut être professionnel à tout moment ». Il paraît nécessaire de proposer un moment de partage au personnel afin de pouvoir discuter des sentiments vécus lors de l'incident et un examen post-incident pour réduire l'impact psychologique causé par un acte violent.

Cette étude permet de voir les ressentis et les besoins des professionnels dans leurs prise en soin.

En conclusion, les six articles qui ont été retenu exposent divers instruments de mesure qui peuvent prédire un risque de violence, les interventions infirmières mises en place lors de ces événements et les différents besoins évoqués par les professionnels de la santé.

## **6 Discussion**

La discussion a pour objectif de mettre en lien les divers résultats obtenus dans les articles étudiés et de répondre aux deux questions de recherche :

- Quels sont les instruments mis à disposition des soignants en psychiatrie qui permettraient la détection et l'identification du risque de passage à l'acte des patients atteints de psychose ?
- Quelles sont les interventions mises en place lors d'apparition de signes cliniques pouvant conduire à un passage à l'acte ?

Celle-ci s'articule autour des sous-chapitres suivants : les facteurs de risque de la violence hospitalière, les outils cliniques et les interventions de l'équipe soignante. Le tableau synoptique présenté dans le chapitre précédent permet d'avoir un regard global des diverses thématiques et ainsi de pouvoir élaborer cette discussion. Le modèle de D. Johnson permet de mettre en lumière les liens et la comparaison entre les études.

### **6.1 Facteurs de risque de la violence hospitalière**

Les diverses études ont relevé l'importance de prendre en compte les facteurs sociodémographiques pouvant mener à de la violence. Effectivement, dans les articles de Abderhalden et al. (2008), Amore et al. (2008), Kaunomäki et al. (2017) et Chen et al. (2014), les facteurs de risque principaux de la violence hospitalière sont le sexe, l'âge et le diagnostic médical. A travers de ces quatre études, il a été relevé que les patients atteints de troubles psychotiques sont les plus à même de commettre un acte de violence. En effet, lorsqu'une personne est malade, elle est sujette à des perturbations biopsychosociales qui peuvent déséquilibrer le système comportemental (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.91). En effet, les patients atteints de psychose présentent un risque élevé de commettre des actes violents, dans le contexte hospitalier, qui est plus élevé en comparaison avec les autres pathologies psychiatriques (Rössler, 2011).

Effectivement, l'environnement peut apporter des ressources afin de rééquilibrer le système, ou il peut inversement accentuer ce déséquilibre dû à des facteurs perturbateurs présents (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.96). En effet, l'environnement est relié à la personne, si celui-ci subit des variations, la personne mettra en place des comportements dans le but de faire face à ce déséquilibre, qui parfois peut se traduire par des comportements violents (Schiebler & Müller, 2014). En faisant référence au modèle de soin de Johnson, les facteurs de risque potentialisent le risque de déséquilibre du sous-système d'agression protection et augmentent le risque de passage à l'acte, amenant ainsi à un déséquilibre du système général. Les sous-systèmes et le système général ont tendance à s'auto-entretenir. Effectivement, lorsqu'un des sous-systèmes est défaillant il tendra à déséquilibrer le système général (Alligood, 2014, traduction libre, p. 336).

Cette violence peut-être directement liée aux diverses composantes de la maladie, tels que les hallucinations, les troubles de la pensée ou les idées délirantes, comme le mentionne l'article de Bo et al. (2011) et également l'échelle BPRS (Amore et al., 2008, traduction libre, p.247). Ainsi, l'étude de Chen et al. (2014) se concentre uniquement sur ces patients car il semble pertinent d'intervenir principalement auprès de cette population qui est plus à même de commettre des actes violents. Les patients atteints de schizophrénie ont montré ainsi un risque de comportement violent plus élevé (Chen et al., 2014, traduction libre, p.199).

Par ailleurs, les hommes apparaissent majoritairement dans la plupart de ces études, comme l'indique Vandamme (2009), les patients hommes atteints de schizophrénie apparaissent comme étant les plus prédisposés à commettre un acte violent. L'étude de Chen et al. (2014) est la seule qui possède un taux d'hommes dans l'échantillon plus faible que celui des femmes.

De plus, il a été relevé que l'âge moyen de la population étudié dans ces divers articles varie entre 33,4 ans et 41,6 ans. Le jeune âge peut considérablement jouer un rôle dans un risque de violence (Horn & Thomas, 2015). A l'inverse, l'étude de Kaunomäki et al. (2017) ne démontre pas un réel intérêt à considérer l'âge comme une variable, car elle n'apportait pas de différence significative dans les résultats.

Les auteurs mentionnent également deux facteurs contribuant significativement aux incidents violents, ceux-ci sont la toxicomanie et le fait de vivre avec leurs parents ou leurs proches. En effet, d'après Vandamme (2009), les personnes les plus à même de commettre un acte violent vivraient chez leurs parents. D'après l'éclairage de D. Johnson, des sous-systèmes peuvent être mis en évidence comme celui de la dépendance en le reliant à ces deux facteurs mentionnés précédemment. Le sous-système de l'affiliation et de l'attachement peut être relié à la dépendance de vivre avec quelqu'un.

Dans les études de Amore et al. (2008) et Chen et al. (2014), les antécédents de violence sont pris en considération car ils présentent des taux élevés non négligeables dans la prédiction des patients enclins à commettre des actes violents. « Des antécédents de violences sont également des facteurs de risque de violences futures » (Vandamme, 2009, p.632). La violence passée démontre être le prédicteur le plus constant et stable de la violence ultérieure (Shields & Wilkins, 2009). Cependant, la violence dans les soins est un phénomène complexe et lié à divers facteurs biologiques, psychopathologiques et sociaux (Schuwey-Hayoz & Needham 2006). Ainsi il est difficile d'estimer les composantes uniques dans la détermination d'un futur comportement violent (Amore et al., 2008, traduction libre, p. 254). Néanmoins, si ces divers facteurs sont pris en considération par le personnel soignant ils peuvent être une plus-value dans la prédiction du risque de passage à l'acte. En plus, de l'analyse des facteurs sociodémographiques de la personne dans l'anticipation d'un futur risque de violence, l'utilisation d'instruments de mesure, en complément de cette évaluation clinique, va dans le sens « d'une plus grande rigueur et d'une meilleure efficience » (Voyer et al., 2009).

## **6.2 Outils cliniques**

Comme le décrivent plusieurs des articles analysés, l'utilisation d'un instrument de mesure dans la prédition du risque de violence peut permettre aux soignants d'éviter considérablement un passage à l'acte (Reade & Nourse, 2012). L'objectif premier de ce travail est d'exposer les différents outils de détection de la violence mis à disposition des professionnels et non pas de comparer l'efficacité des divers outils entre eux. Ainsi, Abderhalden et al. (2008), Chen et al. (2014), Kaunomäki et al. (2017) et Amore et al. (2008) traitent de différents instruments de mesure mis à disposition des soignants dans la prédition du risque de violence.

Dans l'article de Chen et al. (2014), l'instrument de mesure VS-CM est découvert. En effet, cette échelle permet d'évaluer le risque de violence tout en analysant les antécédents et les facteurs de risque. Ainsi, les facteurs prédicteurs d'un passage à l'acte, cités dans le paragraphe précédent, sont pris en considération dans cette étude. Les résultats de cette étude démontrent qu'en utilisant cet instrument basé sur les antécédents de violence et les facteurs de risque, permet de prédire de manière efficace une future violence hospitalière. Les instruments de mesure se basent sur différents éléments tels que les facteurs socio-démographiques, afin de prévenir le risque de violence (Voyer & Senon, 2012).

Amore et al. (2008) prennent également en compte ces facteurs de risque et les antécédents en s'appuyant sur l'échelle SOAS qui permet l'évaluation du risque de violence mais également l'enregistrement des actes violents, une fois qu'ils ont eu lieu, de manière à pouvoir les classer. Cette étude a permis de relever que la violence passée est un prédicteur important de la violence en institution. Vandamme, (2009) un grand nombre de patients présentent une série de facteurs, dont les antécédents semblent favoriser la violence en institution psychiatrique. Par conséquent, une personne ayant des précurseurs de violence sera plus à même de commettre un acte de violence. Mais également que les symptômes de la pathologie peuvent influencer le risque de violence. Cet outil permet de conjuguer l'analyse des éléments prédicteurs de la violence ainsi que l'évaluation du comportement de la personne. Cela permet une démarche unique dans la prédition du risque de passage à l'acte (Voyer & Senon, 2012).

A travers l'éclairage de Johnson, il a été possible de constater que la personne est un système général constitué des plusieurs composantes. Les facteurs de risque et les antécédents de violence font partie intégrante de l'individu et pourraient le mettre en position favorable à une rupture d'équilibre du système général (Perron, et al., 2015). Abderhalden et al. (2008) utilisent également le SOAS pour répertorier les actes agressifs après avoir évalué les comportements durant 24 heures grâce à l'outil Brøset Violence Checklist (BVC-CH), qui mesure le risque de violence imminent à travers l'analyse d'attitudes différentes, telles que l'irritabilité, la confusion, des menaces verbales et physiques, parmi d'autres. Cette échelle a permis de réduire considérablement les cas d'agression en milieu hospitalier. En effet, le soignant utilise cet outil et effectue une analyse du comportement dans le but de remplir les divers items de l'instrument de mesure. Kaunomäki et al. (2017) identifie également le risque aigu de violence par l'analyse du comportement sur la base de divers éléments en s'appuyant sur l'instrument de mesure DASA. Cette étude démontre que l'utilisation de l'échelle permet une bonne identification de la prédition d'un risque de violence. De ce fait, l'analyse du comportement apparaît comme étant la base d'une bonne prévention et ainsi d'une prise en soin adaptée (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.95).

Les facteurs prédisposant un patient à un comportement violent peuvent permettre au soignant de choisir une échelle plus spécifique à l'individu pour l'évaluation du comportement du patient (Blondet et al., 2016). Effectivement, l'évaluation du risque dans la pratique professionnelle est basée en premier lieu sur l'évaluation clinique du patient et l'application d'un instrument de mesure dans la prédition (Voyer & Senon, 2012).

Les outils SOAS et VS-CM semblent donc être des instruments plus pertinents dans la prédition du risque de violence des individus ayant des facteurs précurseurs. Toutefois, les échelles DASA et Brøset ne prennent pas en compte ces facteurs mais se basent sur l'analyse comportementale de la personne, en tant que soin de routine, mais également lors d'un moment critique. Lorsqu'un facteur quelconque vient provoquer un déséquilibre dans le système général, cela va créer une déstabilisation et la personne va mettre en place des comportements négatifs, tels que l'agitation et l'irritabilité afin de rétablir cette harmonie (Michel et al., 2015).

Dès lors, le soignant pourra, selon les signes présentés, opter pour l'instrument le plus adapté à la situation, et ainsi faire une évaluation qui permettrait d'éviter un passage à l'acte et intervenir de manière favorable pour rétablir un équilibre (Conus et al., 2005).

A l'aide de leur expertise professionnelle et de divers outils mis à leurs dispositions, les soignants peuvent réaliser une évaluation personnalisée du risque de violence, en analysant les comportements et les facteurs favorisant celle-ci, de manière à mettre en place des interventions adaptées tout en tenant compte des facteurs sur lesquels il est possible d'agir (Millaud & Dubreucq, 2012). L'utilisation d'outils de mesure peut être bénéfique pour quantifier l'impact, le risque d'incident violent et une intervention en prenant en comptant les modifications sur les facteurs de risque clinique et sur un éventuel passage à l'acte (Voyer & Senon, 2012).

### **6.3 Interventions de l'équipe soignante**

Les infirmiers sont les premiers intervenants à être en contact direct avec les patients et à devoir agir en cas de signes précurseurs et en cas d'incidents (Gbézo, 2011). Effectivement, il est important de mettre en lumière les interventions appliquées par les soignants lors de moments critiques à risque de violence ou lorsque le passage à l'acte a eu lieu.

Comme il est indiqué dans le chapitre précédent, Kaunomäki et al. (2017) mettent en exergue l'instrument de mesure DASA. En complément de ce dernier, les auteurs proposent des interventions infirmières faisant suite à l'utilisation de cet outil. Après l'évaluation spécifique du comportement du patient, il est nécessaire de mettre en place des interventions adaptées à chaque cas pour tenter de maintenir un équilibre du système général (Reade & Nourse, 2012). Le modèle de Johnson préconise l'identification rapide de la source du problème de manière à mettre en place des interventions adéquates (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.99). Les interventions telles que les médicaments administrés dans l'urgence, les mesures de contraintes, les entretiens infirmiers et certaines activités de la vie quotidienne sont les plus courantes. Koukia et al. (2009) mettent également en avant les attitudes et interventions à mettre en place lors de l'apparition des signes précurseurs de la violence et lors d'incidents, tels que des entretiens infirmiers, des traitements médicamenteux, des mesures de contention et parfois la sollicitation des supérieurs par les soignants. De ce fait, les actions infirmières semblent favoriser l'inhibition, la stimulation ou le renforcement de certains comportements qui peuvent être violents (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.61).

Koukia et al. (2009) ont également mis l'accent sur les problématiques relevées lors de cette étude comme le manque de formation pour le personnel et le manque de protocoles lors de ces incidents. A ce sujet, l'étude réalisée par Schuwey-Hayoz & Needham, (2006) démontre qu'il est important que le personnel infirmier ait une formation continue afin d'améliorer les compétences de communication et de désamorcer des situations périlleuses.

En effet, les infirmiers ont pour objectif d'aider au maintien ou à la stabilité du système comportemental (Alligood, 2014, traduction libre, p.142). La formation apparaît comme étant un élément primordial dans la gestion de la violence (Blondet et al., 2016).

Par ailleurs, Zuzelo et al. (2012) décrivent les attitudes infirmières à promouvoir, telles que les diverses techniques de communication comme par exemple l'écoute active, l'empathie et la réassurance. Ils relèvent l'importance des perceptions et des besoins du personnel soignant. Les éléments qui ressortaient le plus étaient l'importance de la communication avec le patient, le soutien et les échanges dans l'équipe soignante. Le CHUV met l'accent sur la pertinence d'un dialogue constructif avec les patients dans le but de prévenir les passages à l'acte (CHUV, 2017). De plus, il convient d'enregistrer les passages à l'acte violents et d'en garder la trace dans le dossier en identifiant les circonstances favorisantes pour pouvoir prévenir des incidents ultérieurs. Il semble également nécessaire pour eux de mettre en place des moments de débriefing après les incidents entre les professionnels, mais également avec les patients, pour rétablir un sentiment de sécurité (Perron et al. 2015). L'étude de Vandamme, (2009) met en évidence la nécessité d'un effectif soignant important ayant une meilleure expertise dans ce domaine pour faire face à ce phénomène de manière efficace.

Après avoir analysé tous les articles qui traitent des diverses interventions habituellement mises en place, il est à noter que tous les auteurs sont d'accord quant à la posture infirmière à adopter. En effet, cette intervention incontournable lors de la gestion d'incidents violents consiste à respecter une attitude empathique, bienveillante, à l'écoute et rassurante, permettant aux patients de se recentrer sur eux-mêmes et d'oublier les éléments perturbateurs présents dans un contexte difficile (Vandamme, 2009). Par ailleurs, cela permet également au professionnel de la santé de prendre en considération les besoins et les souhaits de la personne agressive (Richter, 2013). Les infirmiers doivent démontrer qu'ils sont capables d'observer, d'interpréter et de mettre en place des interventions adaptées et évaluer si la cause du problème a pu être résolue (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p.98). De plus, la plupart des auteurs recensent les mêmes interventions principales comme les entretiens infirmiers, les traitements médicamenteux, les mesures de contention mais aussi l'appel aux psychiatres.

Il est à noter que parfois l'utilisation de mesures de contrainte ou l'administration de médicament sans consentement peuvent avoir un effet inverse (Kaunomäki et al., 2017). De ce fait, l'emploi de techniques forcées peut être une expérience traumatisante pour la personne touchée et de telles mesures doivent toujours être réfléchies en ayant conscience qu'elles peuvent impacter de manière négative la relation de soin (Richter, 2013). Mais encore, il est possible de remarquer dans l'étude menée par Kaunomäki et al. (2017) que la mise en pratique d'activités de la vie quotidienne a un impact positif lors de moments de crise. Cet autre type d'approche permet d'apporter un certain apaisement à la personne (Richter, 2013).

D'après Conus et al. (2005) et la comparaison des divers résultats obtenus, il est important de souligner que certaines interventions peuvent être bénéfiques mais ne sont toutefois pas très répandues dans les divers services de psychiatrie. Cela peut pousser les soignants à appliquer souvent les mêmes interventions même sans savoir si l'efficacité de celles-ci est avérée (Perron et al. 2015).

Afin de personnaliser la prise en soin du patient et de la rendre la plus fructueuse possible (Morasz, 2002), il est important que le soignant, lors de son intervention auprès du patient, prenne en compte les ressources, les perceptions et les limites de la personne (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.61). Le but étant de l'amener à une adaptation situationnelle qui permettra de rétablir l'équilibre du sous-système défaillant, et ainsi apporter une homéostasie au système général, comme le prône le modèle de soins de D. Johnson (Smith & Parker, 2015, traduction libre, p. 96).

## **7 Conclusion**

Dans le contexte actuel des soins, les soignants sont souvent confrontés à la violence de la part des patients. La gestion d'événements violents est davantage complexe due aux composantes des pathologies psychotiques et aux divers facteurs englobant le patient.

Cette revue de littérature a permis de répondre à la question initiale qui traitait des divers instruments de mesure mis à disposition des soignants en psychiatrie permettant d'identifier les futurs passages à l'acte des patients atteints de psychose. Puis, dans un second temps, il semblait judicieux d'ajouter une deuxième question traitant des interventions mises en place lors d'apparition de signes pouvant conduire à un passage à l'acte.

Le modèle employé pour ce travail a été celui de D. Johnson, qui a permis de mettre en lumière l'analyse comportementale. En effet, celle-ci peut aider les professionnels à identifier les facteurs favorisants et les prodromes des incidents violents. De ce fait, les soignants peuvent intervenir de manière efficace et garantir une qualité de prise en soin optimale.

## **7.1 Apports et limites du travail**

Ce travail permet de mettre en évidence les facteurs de risque à prendre en compte dans la prédition d'incidents. De plus, divers instruments de mesure à disposition des infirmiers, lors de moments critiques, sont présentés. De cette manière, les interventions mises en place lors des incidents sont analysées et permettent de guider la pratique infirmière. Par ailleurs, cette revue a ainsi permis de mettre en exergue les lacunes dans le milieu des soins psychiatriques, tels que le manque de protocoles d'urgence, le manque de formation et un effectif trop restreint en rapport avec la charge de travail dans ce milieu. De plus, le lieu des études des articles analysés étant très varié tel que la Chine et les États-Unis, permet une vision élargie de ce phénomène touchant diverses communautés du monde. Toutefois, cet aspect peut être appréhendé comme une limite à cause des différences culturelles et des systèmes de santé différents, notamment lors la pose du diagnostic de la maladie.

Le choix des instruments de mesures analysés a été fait dans le but d'exposer un large panel d'instruments à disposition des soignants. Effectivement, ce choix ne s'est pas basé sur leur efficacité, pouvant laisser penser que les éléments choisis ne sont pas forcément les plus valables. Cette décision apparaît alors comme étant une limite dans cette revue de littérature. Par ailleurs, la population choisie était trop restreinte durant la recherche d'articles. Il a donc été nécessaire de regrouper tous les patients atteints de diverses pathologies psychiatriques. De ce fait, lors de l'analyse des articles, les résultats des patients atteints de troubles psychotiques ont été pris en considération. De plus, cette revue est composée de l'analyse de 6 articles provenant uniquement de deux bases de données, ce qui limite également la généralisation à tous les contextes.

A la fin de ce travail, il est possible de déduire que certains éléments pourraient être parfois abordés de manière différente dû au fait que cela était la première élaboration d'une revue de littérature et dû au manque d'expérience dans ce domaine.

## 7.2 Recommandations

### 7.2.1 Recommandations pour la recherche

Suite à l'élaboration de cette revue, il serait judicieux de réaliser un plus grand nombre d'études centrées uniquement sur des patients atteints de psychose, pour pouvoir généraliser les résultats et ainsi avoir des éléments plus concrets concernant cette pathologie. Selon Voyer et al. (2009), les patients atteints de psychose présentent une augmentation des risques de violence et sont ainsi plus à même de commettre des actes violents.

En parallèle, des études comparant l'efficacité des divers instruments de mesure d'incidents violents seraient pertinents pour la qualité de la prise en charge. De cette façon, les professionnels de la santé peuvent choisir quel outil est le mieux adapté à la particularité de la situation. Il est vrai qu'une évaluation des risques est un moyen facile et efficient permettant la réduction des incidents violents (Abderhalden et al., 2008).

Par ailleurs, des études associant les interventions permettant de prévenir les risques de violence et la diminution de ces incidents semblent être pertinent pour analyser la corrélation entre ces deux éléments (Kaunomäki et al., 2017).

En outre, il semble intéressant de mener des études qui abordent l'analyse de l'efficience d'une intervention à visée thérapeutique, pour les comparer à des actes nécessitant la force ou la contrainte. Assurément, durant l'élaboration de cette revue de littérature, les interventions telles que des activités de la vie quotidienne ont démontré être plus efficaces et bénéfiques au patient plutôt que les mesures forcées. De ce fait, il serait nécessaire d'effectuer davantage de recherches dans ce domaine, pour avoir des résultats concrets de manière à améliorer la prise en soin lors de ces événements. Selon Reade & Nourse (2012), les recherches concernant l'innovation de la méthode de prévention et de gestion de comportement violent, de la part des patients, doivent continuer et apporter des pistes pour la pratique infirmière.

### **7.2.2 Recommandations pour l'enseignement**

Au vu des résultats, les étudiants devraient bénéficier de cours permettant de comprendre la violence et d'y être sensibilisés pendant le temps d'enseignement. De plus, les professionnels de la santé devraient être davantage concernés et formés à ces incidents violents sur leur lieu de travail, pour être en mesure d'agir lors de l'apparition de symptômes ou de situations violentes. Par ailleurs, des formations comportementales en post-grade peuvent permettre aux soignants de pouvoir identifier des attitudes à risque et ainsi appliquer des interventions singulières à chaque cas (Michel et al., 2015). Évidemment, le fait d'être formé apparaît comme étant une nécessité à la bonne gestion de la violence. Il est vrai qu'un infirmier ayant une formation adaptée et fondée sur la pratique du terrain, sera plus à même de gérer une situation à risque (Rossinelli, 2006). Pour conclure, la formation peut être très efficace afin de faire face à ces événements.

### **7.2.3 Recommandations pour la pratique**

Pour être en mesure de réduire considérablement l'incidence de ce phénomène, l'identification des facteurs de risque, l'analyse des dossiers ainsi que des entretiens permettrait d'avoir une vision holistique sur le patient (Gbézo, 2011). En complément, la mise en place systématique d'instruments de mesure semble être une plus-value dans l'évaluation de situation à risque en unités psychiatriques (Hahn et al., 2012). L'emploi de ces instruments permettent une utilisation simple, sans coûts et accessible à tous les professionnels de la santé (Abderhalden et al., 2008). Ainsi, il apparaît que la réduction de la violence est efficiente suite à un examen approfondi des facteurs de risque et à une mise en place d'un plan de soin adapté. L'utilisation des outils d'évaluation du risque s'ajoutent à la nécessité de la détection sans bannir les divers aspects institutionnels et relationnels jouant un rôle dans la prévention du risque de violence (HAS, 2011).

Ainsi, la prévention exige également une réelle implication de l'équipe et de la hiérarchie ainsi qu'un effectif plus important (Michel et al., 2015). La violence est, en effet, la plupart du temps synonyme d'usage de force. A ces instants, il est donc nécessaire que les équipes soignantes soient renforcées afin de pouvoir maîtriser complètement les situations (Michel & Thirion, 2004).

Il ne s'agirait pas d'augmenter le taux de travail des soignants mais plutôt de déployer une équipe plus nombreuse et compétente (Gbézo, 2011). De ce fait, ces mesures institutionnelles apparaissent comme étant la base pour contrer et éviter un risque de violence (HAS, 2011).

Par ailleurs, la mise en pratique d'activités de la vie quotidienne dans les unités psychiatriques semble avoir un impact positif, lorsque les prodromes de la violence font surface (Kaunomäki et al., 2017). Dans la pratique infirmière, les professionnels de la santé devraient davantage exposer cet aspect aux patients, au lieu d'employer directement des mesures extrêmes comme les mesures de contrainte. Le personnel soignant évaluerait ainsi l'efficacité de la mise en place de ces interventions. S'il est avéré que ces mesures sont bénéfiques, il pourrait être pertinent de réfléchir à la mise en place d'un protocole unique pour des situations semblables, dans lesquelles les patients adoptent des conduites agressives. Effectivement, un des éléments identifiés par les soignants est le manque de protocoles permettant d'avoir une ligne conductrice, comme l'indique l'étude de Koukia et al. (2009). Un protocole standardisé permettrait aux soignants de pouvoir agir de manière rapide, efficace et adaptée en sachant exactement comment agir lors d'une situation périlleuse (Michel et al., 2015). Tout au long de ce travail, la question de la mise en place d'un protocole unique standardisé, considérant divers facteurs tels que les pathologies psychiatriques et les différents types de violence, paraît être appropriée. Par exemple, une personne atteinte de bipolarité présentant des signes précurseurs de violence, nécessitera une intervention différente par rapport à une personne atteinte d'un trouble de l'humeur passant à l'acte contre l'objet. Il est évident que la mise en pratique de ces recommandations est à ajuster à la singularité de chaque cas et à utiliser à bon escient.

Les professionnels de la santé doivent aussi prendre en compte l'environnement qui peut être trop stimulant et favoriser un passage à l'acte. Outre les composantes spécifiques à la pathologie menant à l'hospitalisation, le bruit et la chaleur sont également des facteurs diminuant le seuil de tolérance de la frustration de la personne. De ce fait, plus un environnement est hostile, impersonnel et non adapté, moins les patients s'y sentent en sécurité (Gbézo, 2011). Ainsi, les soignants doivent préconiser un environnement thérapeutique favorable au maintien de l'homéostasie du système général du patient (Reade & Nourse, 2012).

## 8 Références bibliographiques

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H-J.& Fischer, J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards : randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatric*, 193, 44-50.
- Alligood, M. R. (Dir.). (2014). *Nursing theorists and their work (8<sup>th</sup> ed)*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Alligood, M. R. (Dir.). & Marriner Tomey, A. (Dir.). (2010). *Nursing theorists and their work (7<sup>th</sup> ed.)*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : Clinical study. *Psychiatric and clinical neurosciences*, 62, 247-255.
- Anaes. (2000). *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Accès <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
- Blondet, E., Bouet, R., Cardoso, R., Depaigne-Loth, A., Lafont, M, Lascols, S., ... Senon, J.-L. (2016). Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. HAS
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U. H. & Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 31, 711-726.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2015). *Vivre avec la schizophrénie*. Accès <http://ateliers-rehab.ch/wp-content/uploads/2015/06/Vivre-avec-la-schizophrenie.pdf>

Centre hospitalier universitaire vaudois. (2017). *Rapport d'activité 2017*.

Accès <https://rapportsannuels.chuv.ch/activite/2017/>

Chen,S.-C., Hwu, H.-G. & Hu, F.-C. (2014). Clinical prediction of violence among inpatients with schizophrenia using the Chinese modified version of ViolenceScale : A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 198-207.

Cherrier, A. & Palazzolo, J. (2006). *L'annonce du diagnostic de schizophrénie*. Paris : InPress.

Conus, P., Bonsack, C., Conus, K. & Bovet, P. (2005). Interventions précoce dans les troubles psychotiques : quel rôle pour les praticiens de premier recours ? *Revue Médicale Suisse*, 1(30628). Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-33/30628>

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, Susan. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (3<sup>th</sup> ed.). Philadelphie : F. A. Davis Company.

Filliger, C. (2013). *Soins et agressivité quelle alliance ?* (Diplôme d'université soins infirmiers en rééducation et réadaptation. Université de Haute Alsace). Accès [https://www.airr.eu/docs/memoire\\_soins\\_et\\_agressivite.pdf](https://www.airr.eu/docs/memoire_soins_et_agressivite.pdf)

Gbézo, B. (2011). *Les soignants face à la violence* (2<sup>ème</sup> éd.). Rueil-Malmaison : Wolters Kluwer France.

Gonzalo. (2011). *Theoretical foundations of nursing*. Accès <http://nursingtheories.weebly.com/dorothy-johnson.html>

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences : a cross-selectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 1-15.

Haute Autorité de Santé. (2016). *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*. Accès [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport\\_biblio\\_violence\\_hospi\\_psy\\_en\\_attente.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf)

Haute Autorité de Santé. (2011). *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. Accès [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_recommandations\\_2011-07-06\\_15-48-9\\_213.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)

Hôpitaux universitaires de Genève. (2016). *Lutte contre les menaces et agressions à l'encontre des collaborateurs*. Accès [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/2016\\_09\\_01\\_cp\\_et\\_dossier\\_de\\_presse\\_-violences\\_aux\\_collaborateurs.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/presse/2016_09_01_cp_et_dossier_de_presse_-violences_aux_collaborateurs.pdf)

Horn, M. & Thomas, P. (2015). Schizophrénie et violence : données actuelles et controverse. *European psychiatry*, 30(8), 1-32.

Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. (2017). Interventions following a high risk assessment score : a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC Health services research*, 17(26), 1-8.

Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras, T. (2009). « On The Spot » Interventions by Mental Health Nurses in Inpatient Psychiatric Wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 327-336.

Llorca, P.-M. (2006). *Mieux connaître la schizophrénie*. Paris : John Libbey Eurotext.

Michel, M. & Thirion, J.-F. (2004). *Faire face à la violence dans les institutions de santé : gestion des risques et de la qualité*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Michel, M., Thirion, J.-F & Sionnet, C. (2015). *La violence à l'hôpital*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Millaud, F. & Dubreucq, J.-L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *L'information psychiatrique*, 88(6), 431-437. doi: 10.3917/inpsy.8806.0431.

Morasz, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie : approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod.

Observatoire national des violences en milieu de santé. (2017). *Rapport 2017*. Accès [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_onvs\\_2017\\_-\\_donnees\\_2015-2016\\_2017-09-18\\_.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2017_-_donnees_2015-2016_2017-09-18_.pdf)

Observatoire national des violences en milieu de santé. (2016). *La santé psychique en Suisse*. Accès [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_72\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_rapport.pdf)

Observatoire national des violences en milieu de santé. (2003). *La santé psychique en Suisse*. Accès [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/psyges\\_ch-f006-1403-ob37.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/psyges_ch-f006-1403-ob37.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Accès [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)

Organisation mondiale de la santé. (s.d.). *Violence*. Accès <http://www.who.int/topics/violence/fr/>

Passerieux, C., Caroli, F. & Giraud-Baro, E. (2009). Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. *L'Encéphale*, 35, 586-594. doi : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.10.005>

Pepin, J., Kérrouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Perron, A., Jacob, J.-D., Beauvais, L., Corbeil, D. & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 47-60.

Prouteau, A., Grondin, O & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, 9, 137-155.

Reade, C. & Nourse, R. (2012). Intervening to prevent violence in psychiatric units. *Research corner*, 42(7), 14-17.

Richter, D. (2013). *Agressions dans les établissements de soins de longue durée*. Berne : Curaviva.

Riesens, M. & Larose, S. (2014). *La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgence*. (Travail de Bachelor. Haute école de santé de Vaud). Accès [http://doc.rero.ch/record/234474/files/HESAV\\_TB\\_Larose\\_2014.pdf](http://doc.rero.ch/record/234474/files/HESAV_TB_Larose_2014.pdf)

Rossinelli, G. (2006). Violence et psychiatrie : quels experts ? pour quels rôles ? *L'information psychiatrique*, 82(8), 655-662.

Rössler, W. (2011). Epidémiologie de la schizophrénie. *Forum médical suisse*, 11(48), 885-888. Accès <https://medicalforum.ch/fr/resource/jf/journal/file/view/article/smfr/fms.2011.07694/2011-48-290.pdf/>

Rousselet, A.-V. (2014). *Mieux vivre avec la schizophrénie*. Paris : Dunod.

Schiebler, S. & Müller, T. (2014). Un patient agressif dans mon service. *Forum médical suisse*, 14(31–32), 566-569. doi :  
<https://doi.org/10.4414/fms.2014.01998>

Schuwey-Hayoz, A. & Needham, I. (2006). Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Association de recherche en soins infirmiers*, 3(86), 108-115.

Shields, M. & Wilkins, K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. *Rapports sur la santé*, 20(2), 1-14.

Smith, M. & Parker, M. E. (2015). *Nursing theories and nursing practice* (4<sup>th</sup> ed.). Philadelphie : F. A. Davis Company.

Swanson, J., Swartz, M., Van Dorn, R., Elboge, E., Wagner, H., Rosenheck, R., Stroup, T., MacEvoy, J., Lieberman, J. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5), 490-499.

Vandamme, M.-J. (2009). Schizophrénie et violence : facteurs cliniques, infracliniques et sociaux. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 629-637.

Voyer, M. & Senon, J.-L. (2012). Présentation comparative des outils d'évaluation du risque de violence. *L'information psychiatrique*, 88(6), 445-453. doi :  
<http://doi.org/10.1684/ipe.2012.0940>

Voyer, M., Senon, J.-L., Paillard, C. & Jaafari, N. (2009). Dangerosité psychiatrique et prédictivité. *L'information psychiatrique*, 85(8), 745-752. doi:  
<http://doi.org/10.3917/inpsy.8508.0745>

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

Zuzelo, P., Curran, S. & Zeserman, M. (2012). Registered Nurses' and Behavior Health Associates' Responses to Violent inpatient interactions on behavioral health units. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(2), 112-126.

## **9 Annexes**

### **9.1 Concepts clés du modèle de Johnson**

Les concepts clés du modèle de Dorothy Johnson n'étant pas forcément utiles à la mise en lien du modèle théorique à la problématique, sont développés ci-dessous.

L'ingestion : L'ingestion correspond à la satisfaction de l'appétit. Ceci est régi par des diverses considérations sociales, psychologiques ainsi que des exigences biologiques (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59).

L'élimination : Il s'agit d'évaluer dans quelles conditions l'individu élimine ses déchets et si cela est compris dans les comportements socialement acceptés (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59).

La sexualité : Celle-ci comprend la procréation et la gratification des comportements sexuels (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59).

L'accomplissement : Il s'agit de la maîtrise et du contrôle de certains aspects de soi ou de l'environnement tout en prenant en compte les aptitudes intellectuelles, physiques et créatives (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013, traduction libre, p.59).

## **9.2 Fiche de lecture n°1**

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J. & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50.

### **1. Démarche descriptive**

#### **1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs (se référer en haut de la première page et en bas de la dernière page). L'article a été rédigé par 6 auteurs :

- Christoph Abderhalden : Travaille au sein du département de recherche en soins infirmiers et en éducation sociale dans les services psychiatrique de l'université de Berne en Suisse. Il a reçu un doctorat et un master en science infirmière.
- Ian Needham : Exerce au sein de la clinique de psychiatrie médico-légale, du centre de psychiatrie à Rheinau en Suisse, a également reçu un master en science infirmière et un doctorat.
- Theo Dassen : A reçu un doctorat et exerce au sein du département des sciences infirmières à l'université Humboldt à Berlin en Allemagne.
- Ruud Halfens : A reçu son doctorat et travaille à l'université de Maastricht aux Pays-Bas.
- Hans-Joachim Haug : A reçu son master et exerce à l'université de Zurich et au sein de l'hôpital psychiatrique Schloessli à Oetwil am See en Suisse.
- Joachim E. Fischer : Exerce au sein de l'institut de santé publique de Mannheim dans la faculté de médecine de Mannheim au sein de l'université de Heidelberg en Allemagne. A reçu un master en science.

### Le nom et type de revue

The British Journal of Psychiatry est publié chaque mois par le Royal College of Psychiatrists, c'est l'un des principaux journaux psychiatriques dans le monde. Le BJPsych est une revue essentielle pour les psychiatres, les psychologues cliniciens et tous les professionnels qui s'intéressent à la santé mentale. C'est un important journal psychiatrique international à comité de lecture, couvrant toutes les branches de la psychiatrie, avec un accent particulier sur les aspects cliniques. La préoccupation première de la revue est d'améliorer la prévention, l'investigation, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la maladie mentale, ainsi que la promotion de la santé mentale à l'échelle mondiale. En plus d'un grand nombre de documents de recherche originaux faisant foi à travers le monde, la revue comprend des éditoriaux, des articles de synthèse, des articles controversés, des rapports, une section de revue de livres et une chronique vivante.

### Le lieu de l'étude

L'étude a été menée au sein de 15 unités d'admission psychiatrique aigue y compris les unités considérées comme groupe de référence. Ces unités ont été sélectionnées parmi 86 services au sein de 32 hôpitaux psychiatriques en Suisse alémanique (p.44).

### Les objectifs pratiques

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité des interventions comprenant l'évaluation des risques permettant de diminuer l'incidence de la violence et de la coercition (p.44).

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### 1.2.1. Objet de la recherche

Évaluer l'effet de l'utilisation systématique d'une échelle de prédiction du risque de violence sur la fréquence et la gravité des cas de violence et l'utilisation de mesures coercitives chez les patients hospitalisés en psychiatrie.

### 1.2.2. Question de recherche

N'est pas proposée explicitement en tant que telle. Mais elle est sous-entendue comme : Est-ce que l'utilisation des évaluations du risque de violence chez les patients hospitalisés en psychiatrie diminue l'incidence des cas de violence ?

### 1.2.3. Hypothèse de travail

« La réduction du besoin perçu de coercition et le taux d'incidents agressifs amélioreraient la qualité des soins psychiatriques. L'évaluation des situations à risque élevé est une condition préalable à une prévention adéquate » (p.44).

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Les auteurs ne présentent pas de cadre théorique explicite.

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept est celui de la violence et est plus détaillé dans le chapitre « Data analysis ». De plus, la population étudiée est un concept principal. Elle est aussi décrite à la page 46. L'instrument de mesure apparaît aussi comme une notion principale dans la prédiction du risque de violence et est décrite dans les pages 44-45.

## **1.3. Méthodologie de la recherche**

### 1.3.1. Outil pour la récolte de données

Neuf unités ont consenti à être randomisées dans l'essai, cinq unités ont préféré introduire le protocole d'étude de l'évaluation structurée des risques sans randomisation. La randomisation a été effectuée avant l'inclusion sur la base d'une liste de nombres aléatoires générées par ordinateur. L'étude a donc été réalisée sur les quatre unités randomisées pour l'évaluation structurée des risques, les cinq unités randomisées pour le groupe témoin et les cinq unités du groupe de préférences.

Afin d'éviter les biais de recrutement, les auteurs ont demandé avant l'enquête aux responsables des services d'évaluer pendant une durée de 3 mois la gravité du problème de la violence et des ressources mise à disposition pour la gestion de celle-ci, à l'aide d'un questionnaire qui mentionnait la taille du service. La dotation du personnel et les moyens de gérer la violence (p.45). Le déroulement de l'étude est aussi précisé aux pages 44-45.

L'intervention consistait en une évaluation structurée des risques à court terme faite deux fois par jour pour chaque nouveau patient, pendant les 3 premiers jours d'hospitalisation. L'outil était l'échelle Brøset Violence Checklist (BVC-CH). Elle permet d'évaluer le risque imminent de violence (dans les 24 heures). Elle exige que les infirmières évaluent six comportements des patients (confusion, irritabilité, turbulences, menaces verbales, menaces physiques et attaques sur des objets). Cette évaluation combinée avec une échelle analogique permet produire un score de 0 (risque faible) à 12 (risque élevé) ainsi 4 différents niveaux ont pu être établis. Les scores allant de 0-3 : moins de 1 patient sur 100 ayant ce score attaquera physiquement une autre personne ; score 4-6 : environ 1 patient sur 100 le fera ; score 7-9 : 1 patient sur 10 le fera et score 10-12 : 1 sur 4 patients le feront.

Les incidents agressifs ont été ensuite enregistrés à l'aide de l'échelle SOAS-R. Celle-ci prend en considération les facteurs provoquants l'acte, les mesures prises pour mettre fin à la violence et les conséquences. La notation allait de 0 à 22 points, à partir de 9 points des interventions ont été mises en place.

### 1.3.2. Population de l'étude

Pour être admissible à la participation, un service psychiatrique devait répondre aux critères suivants :

- la majorité des patients avaient un trouble psychiatrique aigu
- les patients étaient admis directement dans le service
- les patients séjournraient généralement moins de trois mois dans le service
- les patients avaient plus de 18 ans et moins de 65 ans
- le service a admis tous les patients potentiels et il n'était pas spécialisé dans le traitement de troubles spécifiques (par exemple, dépression, addiction).

86 unités ont satisfait ces critères (p.44) et 2'364 patients ont pu répondre à ces exigences. De plus, les différents diagnostics sont mentionnés à la page 46, avec les données concernant le type d'admission des patients, leur sexe, l'âge moyen (39,5 ans) et la durée de séjour. Les principaux diagnostics étaient la schizophrénie (N=734), les troubles liés à l'utilisation de toxiques ou l'alcool (N=574) et les troubles de l'humeur (N=382).

### 1.3.3. Type d'analyse

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé multicentrique comparant un groupe de référence n'ayant pas reçu d'intervention d'évaluation des risques de violence et un autre groupe qui reçoit l'intervention (p.44).

## **1.4. Présentation des résultats**

### 1.4.1. Principaux résultats de recherche

Au niveau des résultats concernant la population, le tableau numéro 1 donne les caractéristiques de celle-ci. Les diagnostics sont aussi présentés, tels qu'une majorité de troubles schizotypiques, les troubles liés à la prise de substance, les troubles mentaux, les troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et troubles neurologiques liés à des perturbations physiologiques. Les hommes (53,4%) étaient plus nombreux, et l'âge moyen était de 39,5 ans. 56% ont été admis sur une base volontaire. La durée de séjour était de 19 jours (p.46), dans la partie « Study population ».

770 incidents agressifs ont été reportés durant l'intervention impliquant 632 mesures de coercition et 314 patients. Des mesures coercitives ont parfois été utilisées pour prévenir l'agression. Sur les 770 incidents agressifs, 418 (54%) avaient un score SOAS-R de 9 ou plus. L'utilisation d'une évaluation structurée du risque de violence à court terme dans les services psychiatriques a considérablement réduit les cas graves d'agression (réduction du risque ajustée de 41%), et réduit le besoin de mesures coercitives (réduction du risque ajustée de 27%) (tableau 2, p.47).

#### 1.4.2. Conclusions générales

L'étude permet de mettre en lumière qu'une intervention simple et peu coûteuse, consistant en une évaluation des risques deux fois par jour pendant les trois premiers jours d'hospitalisation chez les patients psychiatriques hospitalisés, et une recommandation d'action adaptée au niveau du risque de violence. Elle permet de réduire le taux d'incidence des mesures coercitives et des incidents agressifs, ce qui suggère qu'une évaluation structurée des risques peut être un moyen simple et rentable de réduire le problème des incidents violents dans les services psychiatriques aigus (p.49).

Les résultats de l'étude reflètent l'importance de la poursuite de l'évaluation structurée des risques dans la prévention du risque de violence (p.48).

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

Cette étude ne présente pas de particularités symboliques, cependant à la fin de l'article, en annexe, une liste de mesures et d'interventions préventives est présentée en cas de violence (p.49.).

### **1.5. Éthique**

Étant donné que cet article est une étude randomisée, elle n'a pas demandé d'accord au patient mais les auteurs ont invité diverses unités de soin psychiatrique qui ont eu le choix de participer ou non, mais aussi de choisir le groupe dans lequel ils participeraient (p.44).

## **2. Démarche interprétative**

### **2.1. Apports de l'article**

Cet article nous permet de mieux appréhender notre rôle et notre pratique face à d'éventuels comportements violents, et surtout de se rendre compte de l'importance du taux d'agression dans les unités de psychiatrie.

De plus, il met en évidence l'importance et l'utilité d'une mise en place régulière des échelles d'évaluations de risque de la violence, afin de mieux percevoir celle-ci et d'adapter nos pratiques.

L'étude met en lumière la signification du problème de la violence dans les soins et surtout dans les milieux psychiatriques, mais aussi l'importance de mesures de détection dans la prévention des actes de violence, pour pouvoir mettre en place des interventions dans le but de réduire le risque de violence perçue.

## **2.2. Limites**

Une des limites décrites dans le paragraphe « Limitations » à la page 48 est le manque de renseignements sur les interventions appliquées à la suite de l'évaluation des risques. Cependant, malgré la randomisation des services pour minimiser les biais, des différences importantes sur le classement du risque d'agression des patients ont été constatées. Cela aurait pu conduire à une plus grande sensibilité et à un besoin perçu d'améliorer la situation, ce qui aurait pu accroître l'effet de l'intervention. En raison du petit nombre d'unités, la randomisation n'a peut-être pas été suffisante pour déterminer l'égalité des groupes d'étude. Enfin, les données sur la fréquence d'agression ou les caractéristiques des patients des services non participants n'étaient pas disponibles. La prudence est donc justifiée dans la généralisation de nos données, au-delà de la population de l'étude actuelle. Cependant, les taux d'agression trouvés dans cette étude sont comparables à ceux observés dans d'autres études sur les services psychiatriques.

## **2.3. Pistes de réflexion**

Dans le paragraphe « Clinical and practical implications » à la page 49, les auteurs recommandent des actions adaptées au niveau du risque. Des évaluations structurées du risque réduiraient le taux d'incidence des mesures coercitives et des incidents d'agression. C'est un moyen simple et rentable de réduire le risque de violence en psychiatrie.

### **9.3 Fiche de lecture n°2**

Chen, S.-C., Hwu, H.-G. & Hu, F.-C. (2012). Clinical prediction of violence among inpatients with schizophrenia using the Chinese modified version of Violence Scale : A prospective cohort study, *International Journal of Nursing Studies*, 51, 198-207.

#### **1. Démarche descriptive**

##### **1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs (se référer en haut de la première page).

L'article a été rédigé par 3 auteurs :

- Shing-Chia Chen : A étudié de 1991 à 1995, en génie mécanique à l'Université nationale Tsing Hua où il a obtenu son baccalauréat. De 1995 à 1997, il a obtenu un Master en Génie Mécanique, dans cette même université. Puis en 2001, il a reçu son doctorat. En 2012, il est devenu Directeur technique à Taiwan CareTech Corporation. Actuellement, il est maître assistant en soins infirmiers psychiatriques, plus particulièrement dans la gestion de l'agression et de la génétique psychiatrique.
- Hai-Gwo Hwu : est professeur au sein du département de psychologie à l'institut d'épidémiologie au site de l'université de Taiwan. De 1965 à 1972, il devient médecin du Collège médical, à l'Université nationale de Taiwan. En 1997, il reçoit le prix de contribution académique pour la société chinoise de psychiatrie. En 2013, il devient professeur, dans le département de psychiatrie, au Collège de médecine, à Taiwan.
- Fu-Chang Hu : est président et chef de la direction de la clinique des consultations statistiques de l'International-Harvard Statistical Consulting Company. Il y a peu d'informations concernant son parcours professionnel.

### Le nom et type de revue

« International Journal of Nursing Studies » est une revue internationale d'études infirmières qui publie environ une édition par mois tous les ans depuis 1999. L'IJNS vise à soutenir la politique et la pratique fondées sur des données probantes en publiant des recherches, des revues scientifiques systématiques, des discussions critiques et des commentaires de la plus haute qualité. Cette revue est éditée par Elsevier qui est une entreprise mondiale d'analyse de l'information aidant les institutions et les professionnels à faire progresser les soins de santé.

### Le lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un service psychiatrique aigu d'un hôpital universitaire de Taiwan, en Chine, en 2013 (p.199).

### Les objectifs pratiques

L'objectif principal de l'étude était de pouvoir évaluer de manière exacte la prédiction de tous types de violence en utilisant l'échelle de violence chinoise VS-CM, et ainsi permettre de dire si cet outil est réellement efficace dans la prévention des comportements violents chez des patients atteints de schizophrénies durant le temps d'hospitalisation. Cela est expliqué à la page 199 dans la partie « Introduction ».

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### 1.2.1. Objet de la recherche

Cette étude visait à examiner de manière prospective l'exactitude de la prédiction de la violence hospitalière chez les patients atteints de schizophrénies, en utilisant la version chinoise modifiée de Violence Scale.

### 1.2.2. Question de recherche

Il n'y a pas de question de recherche formulée de manière claire et précise. Cependant, tout le chapitre « Introduction » permet de déduire un questionnement autour de la prédiction de la violence à l'aide d'instrument de mesure (p.199).

### 1.2.3. Hypothèse de travail

L'hypothèse de travail n'est pas proposée en tant que telle. On peut toutefois en déduire que cette étude propose de vérifier de manière implicite l'efficacité de l'échelle chinoise de la violence pour la prédiction des comportements violents.

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Cet article ne propose pas de cadre théorique spécifique.

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les principaux concepts sont la violence, la prédiction, la schizophrénie et l'utilisation de l'instrument de mesure VS-CM pour l'évaluation du risque d'apparition de comportement violent. Le paragraphe « Introduction » (p.199) décrit le phénomène de violence chez la population de patients schizophrènes. De plus l'instrument de mesure utilisé est décrit à la page 200 dans le paragraphe « Instrument ».

## **1.3. Méthodologie de la recherche**

### 1.3.1. Outil pour la récolte de données

La méthode est décrite dans le paragraphe « Data collection ». Toutes les données ont été récoltées par l'outil d'évaluation VS-CM, mais il n'est pas explicitement indiqué quels critères ont été retenus, ni quelle est la nature de la méthodologie de la récolte des données. Au moment de l'admission, les antécédents de violence de chaque participant au cours du dernier mois, précédent son admission, ont été enregistrés par l'échelle VS-CM après une entrevue avec les participants et leurs soignants.

Une infirmière en chef du service, a recueilli les données pendant un an, après une étude pilote, sous la supervision du chercheur principal. Les données sur les antécédents de violence des participantes ont été évaluées afin de prédire l'occurrence actuelle durant l'hospitalisation (p. 200)

### 1.3.2. Population de l'étude

107 patients adultes atteints de troubles de la schizophrénie ont constitué l'échantillon. Les patients ont été admis consécutivement dans le service de psychiatrie aiguë de l'hôpital universitaire à Taiwan. Les critères d'inclusion étaient, l'âge adulte de plus de 16 ans et un diagnostic primaire de schizophrénique. Les patients présentant un retard mental, un trouble de la personnalité antisociale, un syndrome cérébral organique ou un abus d'alcool ou de substances faisaient partie des critères d'exclusion (p.199).

### 1.3.3. Type d'analyse

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.

## **1.4. Présentation des résultats**

### 1.4.1. Principaux résultats de la recherche

En résumé, les participants à l'étude avaient un âge moyen de 33,4 ans. La plupart étaient célibataires (68,2%), sans emploi (73,8%), les femmes étaient plus nombreuses (69,2%), et avaient atteint le lycée (41,4%) et souffraient de différents types de schizophrénie (paranoïde, désorganisée, indifférenciée, résiduelle ...). Dans Le paragraphe « Participant's demographic and clinical illness data » (p.200) présente les pourcentages des divers types de diagnostiques de schizophrénie mais aussi des autres facteurs sociodémographiques.

Il a été révélé que la violence des patients hospitalisés atteints de schizophrénie au cours de l'hospitalisation peut être assez bien prédite par leurs antécédents de violence. En effet, dans le tableau numéro 1 (p.201), on peut voir que 91 patients (85%) présentaient des antécédents de violence, et durant l'hospitalisation, 67 patients (62,6%) ont présenté de la violence. Ainsi, la prédiction du risque de violence durant l'hospitalisation, en utilisant les antécédents de violence, présente une sensibilité de 97%, une spécificité de 35% et une valeur positive prédictive de 71,4% (tableau 3, p.202). Des facteurs de risque autres qu'un antécédent de violence devrait également être pris en compte dans la prise en soin infirmière, afin de prédire un risque de violence.

#### 1.4.2. Conclusions générales

Dans le paragraphe « Conclusions and clinical implications » (p.204), l'étude démontre que le VS-CM peut être adopté comme une mesure valide et fiable pour l'évaluation du risque de violence dans les unités. Ainsi, l'identification d'un risque de violence pourra alerter l'équipe pour surveiller de plus près le comportement du patient, et de mettre en œuvre une stratégie efficace pour gérer ce risque. Il a été révélé que la violence des patients hospitalisés atteints de schizophrénie au cours de l'hospitalisation peut être assez bien prédite par leurs antécédents de violence. Des facteurs de risque autres qu'un antécédent de violence devrait également être pris en compte dans la prise en soin infirmière de manière à prédire un risque de violence

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

La particularité de cette étude est dans la récolte des données. Elle n'a pas été faite à travers de questionnaire mais à l'aide de l'instrument VS-CM. De plus, les données sur les antécédents de violence des participants ont été récolté par une infirmière en chef pendant un an, afin de prédire l'occurrence actuelle de la violence pendant leur hospitalisation (p.200).

### **1.5. Éthique**

Cette étude a été approuvée par le comité d'examen interne de l'hôpital universitaire « National University Hospital de Taiwan ». Cela est mentionné deux fois, dans la partie « Ethical approval » (p.204) et dans « Data collection » (p.200). De plus, le consentement écrit a été obtenu et tous les patients recrutés ont pu se retirer de l'étude à tout moment (p.200).

## **2. Démarche interprétative**

### **2.1. Apports de l'article**

Cet article est intéressant pour la recherche de statistiques car il y a beaucoup d'éléments scientifiques. Il permet de pouvoir axer la prise en soin infirmière sur la détection du risque de violence, en utilisant les instruments de mesure d'un risque de violence. Aussi, il permet la détection des patients à risque, en ayant un œil critique sur les antécédents et les facteurs sociodémographiques des patients.

### **2.2 Limites**

Les limites méthodologiques inhérentes à cette étude incluaient la taille de l'échantillon, relativement petit, dans une population spécifique, et par conséquent, les estimations des paramètres seront relativement imprécises et leur généralisation incertaine. Par ailleurs, le type d'interview pour la récolte des données, concernant les antécédents de violence, n'est pas précisé dans le paragraphe » Strengths and limitations (p.204).

### **2.3 Pistes de réflexion**

Cette étude fournit les données empiriques pour préconiser l'évaluation des risques de violence dans le cadre de la routine d'admission. De plus, elle met en avant l'utilisation de l'échelle VS-CM pour identifier le risque de violence pour que les soignants puissent adapter la prise en soin.

## **9.4 Fiche de lecture n°3**

Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients : Clinical study, *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 62, 247-255.

### **1. Démarche descriptive**

#### **1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs (se référer en bas et en haut de la première page).

L'article a été rédigé par 7 auteurs

- Mario Amore : En 1981, il obtient le diplôme de Docteur en médecine avec des tâches d'assistant clinique neurologique, à l'université de Bologne. En 1985, il obtient la spécialisation en psychiatrie dans cette même université. Plus tard, il devient Directeur de l'école de Spécialisation en Psychiatrie de l'université de Gênes. Puis en 2012, il travaille en tant que Directeur à l'unité opératoire complexe de la Clinique Psychiatrique de l'Hôpital Universitaire San Martino.
- Marco Menchetti : En 1999, il est diplômé en médecine et chirurgie. Puis en 2003, il a obtenu le diplôme de spécialiste en psychiatrie à l'université de Modène et Reggio Emilia. Ensuite, il a obtenu le Master en médecine factuelle et méthodologie de la recherche en santé dans cette même université. Depuis 2015, il est professeur associé en psychiatrie à l'Université de Bologne.
- Cristina Tonti : Est psychologue et travaille comme journaliste. Elle a obtenu son diplôme en 1998. Au cours des 17 dernières années, elle est impliquée dans la réadaptation de personnes souffrant d'inconfort psychiatrique, et a travaillé dans des contextes thérapeutiques avec des rôles de coordinatrice interne et de formatrice. Elle était également tutrice pour les jeunes diplômés en psychologie. Elle est experte dans l'administration de tests psycho-diagnostiques qu'elle utilise, au cours du processus thérapeutique.

- Fabiano Scarlatti : Est chirurgien et spécialiste en psychiatrie. En 1998, il obtient son diplôme en médecine et chirurgie, puis en 2002 il reçoit un diplôme d'études supérieures de spécialisation en médecine générale. En 2008 il a obtenu un diplôme d'études supérieures en psychiatrie. Deux ans plus tard, il travaille dans le département de la santé mentale dans la recherche en psychiatrie. De 2010 à ce jour, il travaille à l'AUSL IMOLA, dans le département de santé mentale, en tant que directeur médical en psychiatrie.
- Eva Lundgren : De 1993 à 2011, a été professeure de sociologie à l'Université d'Uppsala. En 2003, elle est devenue cheffe de département pour le nouveau département des études à l'Université d'Uppsala.
- William Esposito : Est médecin spécialisé en neurologie et psychiatrie. Il est également chercheur d'Assagioli et président du Groupe Théosophique de Forlì (Italie). Il est chirurgien et spécialiste en psychiatrie, puis a suivi une formation qui lui a permis de devenir psychothérapeute à Forlì.
- Domenico Berardi : En 1980, il obtient le diplôme en médecine et chirurgie avec mention à l'université de Chieti. Depuis 2001, il exerce le métier de professeur de psychiatrie à l'Université de Bologne, puis depuis 2013, il est directeur de l'École de Spécialisation en Psychiatrie de l'Université de Bologne.

#### Le nom et type de revue

La revue officielle « Psychiatry and Clinical Neurosciences » de la Société japonaise de psychiatrie et de neurologie, publie des articles dans tous les domaines de la psychiatrie et des neurosciences, une fois par mois. La revue vise à devenir un centre d'échange académique entre les psychiatres de l'Est et de l'Ouest.

Tous les manuscrits sont évalués par des critiques anonymes, par un membre du comité de rédaction et par l'éditeur.

Les manuscrits sont acceptés pour la publication en fonction de leur qualité, de leur originalité et de leur signification pour le lectorat, étant donné qu'ils n'ont pas été publiés ou soumis ailleurs.

### *Le lieu de l'étude*

L'étude a été menée dans une unité psychiatrique d'hospitalisation de courte durée à l'hôpital psychiatrique universitaire de Bologne (p.248).

### *Les objectifs pratiques*

La présente étude a trois objectifs principaux : premièrement, elle vise à évaluer la prévalence des comportements agressifs avant et après l'admission dans une unité psychiatrique aiguë ; deuxièmement, elle permet d'identifier les facteurs cliniques et sociodémographiques associés au comportement physiquement agressif, dans le mois qui précède l'admission dans l'unité psychiatrique, et, pour finir, elle identifie les facteurs cliniques et sociodémographiques associés au comportement physiquement agressif, pendant l'hospitalisation (p.248).

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### *1.2.1. Objet de la recherche*

Évaluer la prévalence des comportements agressifs avant et après l'admission en unité de psychiatrie aigue et identifier les facteurs de risque de violence chez un patient avant une admission, et pendant l'hospitalisation (p.248).

### *1.2.2. Question de recherche*

N'est pas nommée en tant que telle mais peut-être déduite : Déterminer si les variables cliniques et les facteurs de risque peuvent permettre aux soignant de prédire un comportement violent chez un patient.

### 1.2.3. Hypothèse de travail

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite : Exemples : l'identification des facteurs de risque de violence peuvent favoriser une meilleure gestion de la crise et ainsi permettre une meilleure prise en charge par les professionnels.

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Aucune théorie de soins n'est mentionnée dans cette étude.

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept utilisé est l'identification des facteurs de risque pouvant amener au comportement agressif, mais aussi, traiter des instruments de mesure utilisés dans cette prédiction (p.247-248).

## **1.3. Méthodologie de la recherche**

### 1.3.1. Outil pour la récolte de données

Les auteurs ont utilisé les dossiers médicaux afin de récolter les informations et des interviews, en utilisant l'entrevue clinique structurée. Les symptômes psychiatriques ont été évalués à l'aide de l'échelle BPRS qui enregistre les symptômes psychiatriques. Les comportements agressifs ont été ensuite évalués à l'aide de l'échelle SOAS. Les patients ayant un comportement agressif ont été classé en deux groupes (agression physique et agression verbale). Ils ont été ensuite comparés aux patients non agressifs. Puis, les auteurs ont évalué les facteurs des patients agressifs qui avaient déjà commis un acte de violence précédent l'hospitalisation. Plusieurs variables ont été prise en compte comme les variables sociodémographiques (âge...) et cliniques (diagnostic...) (p.248-249).

### 1.3.2. Population de l'étude

Dans le paragraphe « Study setting » (p.248), l'échantillon final décrit est de 303 patients qui ont été admis dans l'unité de psychiatrie aigüe, mais admis à partir du service des urgences de l'hôpital universitaire de Bologne.

Le premier échantillon étant de 374 participants, dont, 56 n'ont pas été évalués pour les raisons suivantes : sortie avant l'entretien de recherche ( $n = 20$ ), incapacité de

communiquer en italien ( $n = 19$ ) ou refus de donner son consentement ( $n = 17$ ). Tous les autres patients ont participé et ont donné un consentement éclairé. Quinze sujets ont ensuite été exclus en raison de la faible fiabilité des informations obtenues, ce qui a conduit à un échantillon final de 303 patients hospitalisés (81%). Les sujets ont été admis consécutivement.

### 1.3.3. Type d'analyse

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive quantitative.

## **1.4. Présentation des résultats**

### 1.4.1. Principaux résultats de la recherche

Dans le tableau 2 du paragraphe « Results » (p.250), les données des patients présentant des antécédents d'agressions sont décrites, dont 49,7 % des patients étaient atteints de schizophrénie. De plus, 186 patients ont eu des agressions verbales ( $N=96$ ) ou physiques ( $N=90$ ) avant l'hospitalisation, cela est présenté dans le tableau 1 p.249.

Dans le paragraphe « Course of PA before admission and during admission » (p.251), pendant l'hospitalisation, il y a eu 173 épisodes d'agressions physiques dont 33 actes commis par les patients ayant des antécédents d'agression physique, et 39 actes réalisés par les patients ayant subi des agressions verbales.

Les facteurs prédominants chez les patients ayant été violents, étaient le jeune âge (âge moyen de 41,6 ans), le sexe (60,1% d'hommes), la consommation de toxiques (38,6%) et le diagnostic de schizophrénie (49,7%), ainsi que des antécédents de violence durant le passé (34,7%), cela est présenté dans le tableau 2 à la page 250.

A la page 253, les auteurs mentionnent que les symptômes de la pathologie favorisent un taux élevé du BPRS et sont corrélés à un haut risque de violence.

#### 1.4.2. Conclusions générales

La conclusion se trouve à la fin de l'article (p.253) et avance que la violence passée demeure le prédicteur le plus constant et le plus stable de la violence future. Les cliniciens peuvent donc plus se concentrer sur un nombre plus limité de patients pouvant présenter un comportement violent. Cependant, il est difficile d'estimer le rôle des facteurs uniques dans la détermination du comportement agressif car la violence est un phénomène complexe lié à divers facteurs biologiques, psychopathologiques et sociaux.

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

La particularité de cette étude est une évaluation faite sur deux périodes : le comportement agressif passé (antécédent de violence durant sa vie) et le comportement agressif actuel (durant l'admission). Ces deux comparaisons permettent une meilleure précision et une mise en lien plus concrète avec les facteurs de risque et les antécédents.

### **1.5. Éthique**

L'étude a suivi les directives éthiques établies par la Déclaration d'Helsinki (avec amendements) et a été approuvée par le comité d'éthique local. Le consentement a été demandé aux patients également.

## **2. Démarche interprétative**

### **2.1. Apports de l'article**

Cet article nous permet de mieux approfondir notre rôle face à des patients qui ont ou non des antécédents de comportement violent, et de permettre ainsi une meilleure prise en charge à travers l'identification de ces facteurs de risque.

### **2.2 Limites**

Diverses limites sont présentes dans cet article, en effet il s'agit d'une étude basée sur une évaluation rétrospective du comportement. De ce fait les informations ont été fournies d'après les sources d'archives dans les dossiers médicaux.

De plus, il est difficile d'estimer des facteurs uniques dans la détermination du comportement agressif, car la violence est un phénomène multifactoriel. Les résultats ne sont donc pas généralisables car les facteurs sont multiples. De plus, les critères de sélection ne sont pas exposés de manière distincte.

### **2.3. Pistes de réflexion**

Les auteurs n'abordent pas le sujet de futures réflexions ou de pistes ultérieures. Mais ils mettent en avant le sexe masculin, le jeune âge, la toxicomanie et divers diagnostiques psychiatriques, comme étant des facteurs à mettre en relief, afin de prédire un potentiel risque de violence. Toutefois, la violence est liée à divers autres facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui doivent être étudiés pour pouvoir les comprendre et les mettre en avant dans la prédition des actes de violence.



## **9.5 Fiche de lecture n°4**

Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E. & Lindberg, N. (2017). Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward, *BMC Health Services Research*, 17(26), 1-8.

### **1. Démarche descriptive**

#### **1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs (se référer en haut de la première page et de la dernière).

Cet article est écrit par six auteurs.

- Jenni Kaunomäki a effectué son Master en psychologie au sein de la faculté des sciences comportementales à Helsinki en 2015, ses superviseurs étaient Nina Lindberg et Markus Jokela. Sa thèse fait partie de l'étude.
- Markus Jokela est un psychologue de recherche, un épidémiologiste social et un sociologue en rétablissement, travaillant à l'université d'Helsinki dans le département des sciences comportementales.
- Raija Kontio travaille au sein du département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire d'Helsinki et d'Uusimaa. Elle fait de la recherche en éducation des adultes, des théories des programmes et l'évaluation de l'éducation. Son étude actuelle traite de la recherche sur les systèmes de financement sur la qualité des soins de santé mentale.
- Tero Laiho est un infirmier spécialisé en psychiatrie travaillant au sein de l'hôpital universitaire d'Helsinki.
- Eila Sailas travaille à l'hôpital Kellokoski au sein du service de la psychiatrie en tant que cheffe du département. Elle fait des recherches en sciences du comportement, en psychologie anormale et en psychologie clinique.

Son projet actuel traite de la mise en œuvre d'un modèle de formation cognitive adaptative.

- Nina Lindberg est professeure de médecine en psychiatrie légale dans le département de psychiatrie au sein de l'université d'Helsinki. Elle fait également des recherches sur la psychiatrie et sur la médecine du sommeil. Elle mène actuellement une étude sur une série de revues systématiques sur les interventions psychosociales pour les troubles mentaux à l'adolescence.

#### Le nom et type de revue

La revue BMC Health Services Research est une revue qui a été créée en 1999 et qui possède un comité de lecture qui examine des articles sous tous les aspects de la recherche sur les services de santé. Actuellement, elle dispose d'environ 300 revues. Elle traite notamment sur la prestation de soins, la gestion des services de santé, l'évaluation des besoins de santé, l'évaluation des différents marchés de la santé et l'organisation de services de santé, l'analyse comparative internationale des systèmes de santé et l'économie de la santé. Elle a comme but de s'engager à innover régulièrement dans la publication de recherche afin de répondre au mieux aux attentes et besoins de la population.

#### Le lieu de l'étude

Cette étude a été réalisée dans un service d'admission psychiatrique de l'hôpital Kellokoski dans le sud de la Finlande (p.2).

#### Les objectifs pratiques

Les objectifs de la présente étude sont d'étudier quelles étaient les interventions diminuant le risque de violence appliquées par le personnel d'un service psychiatrique, après l'identification d'un patient à haut risque, à quelle fréquence ces interventions étaient utilisées et à quel point elles étaient efficaces (p.2).

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### 1.2.1. Objet de la recherche

L'objet de la recherche sont les interventions proposées par les soignants comme prévention après l'identification d'un risque de passage à l'acte violent de la part d'un patient dans un service d'urgence psychiatrique. Mais aussi évaluer l'efficacité de l'utilisation d'un instrument de mesure dans la prédiction du risque de violence.

### 1.2.2. Question de recherche

N'est pas proposée explicitement en tant que tel. Cependant, le but de l'étude est d'identifier les interventions qui diminueraient le risque de violence chez les patients dits à haut risque, puis, d'évaluer la qualité de la mise en place d'outils de mesure dans la prédiction de la violence.

### 1.2.3. Hypothèse de travail

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite comme telle. L'identification des signes avant-coureurs permettrait au professionnel de soin de se préparer au futur événement et à les prévenir en mettant en place des interventions spécifiques, « ... toute la procédure d'évaluation des risques est évidemment sans valeur si elle n'aboutit pas à des interventions visant à réduire le risque élevé observé » (p.1-2).

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Les auteurs ne présentent pas de cadre théorique explicite.

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept est celui de la violence, les notions des patients admis en unité psychiatrique et les outils d'évaluation du risque de violence. Ils ne sont pas clairement définis mais les concepts sont développés aux p.2 à 3.

### **1.3. Méthodologie de la recherche**

#### 1.3.1. Outil pour la récolte de données

Les auteurs se sont basés sur les dossiers médicaux des patients admis et non pas sur des entretiens structurés avec ces derniers (p.6). L'instrument de mesure utilisé pour cette étude est l'échelle DASA, afin d'identifier le risque aigu de violence chez les patients, par leurs comportements et leurs dires. Les données ont été recherchées dans le dossier du patient. Le déroulement de l'étude est précisé en page 2 et 3. L'échelle DASA a été utilisée par les professionnels afin de pouvoir ensuite mettre en place des interventions spécifiques (p.2). L'échelle DASA est une grille de détection d'un comportement violent à court terme destinée à l'usage du personnel soignant. La grille comporte 7 éléments : l'attitude négative, l'impulsivité, l'irritabilité, les menaces verbales, la sensibilité à la provocation, la facilité à être irritable et la réticence à suivre des instructions. Ces éléments sont notés de 0 s'ils sont absents et de 1 s'ils sont présents dans les dernières 24 heures. Lorsqu'un total de 4 points est atteint, le patient peut présenter un comportement violent. Ensuite, des interventions ont été mises en place afin de réduire le passage à l'acte, lorsque le score était de 4 et plus. Puis, après l'application des interventions, le score DASA a été calculé à nouveau, afin de comparer les scores avant et après les interventions.

#### 1.3.2. Population de l'étude

300 patients hospitalisés consécutivement durant une période de six mois, au sein du service d'admission psychiatrique de l'hôpital universitaire d'Helsinki. Il n'y a pas de critères d'inclusion car les patients sont choisis conformément au dossier médical. En page 3, un tableau présente les principaux diagnostics rencontrés au cours de cette étude, cette information apparaît donc comme secondaire. Les participants étaient âgés de plus de 18 ans.

### **1.3.3. Type d'analyse**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive en milieu naturel sans aucune randomisation. Les évaluations ont été réalisées par les soignants et non pas par les observateurs, l'étude représente alors une évaluation objective (p.6).

## **1.4. Présentation des résultats**

### **1.4.1. Principaux résultats de recherche**

En page 3, un tableau représente les différents diagnostics au sein des 300 participants, le diagnostic de schizophrénie (N=106) est un des plus présents, suivi par les troubles de l'humeur (N=106).

L'étude démontre qu'il y a eu 64 patients qui ont obtenu un résultat élevé et un haut risque de violence. Sur ces derniers, 217 évaluations ont été menées sur ces 64 patients, ce qui correspond à environ 3 évaluations par personne. Parmi celles-ci, 198 évaluations ont eu pour suite une intervention, seules 19 n'ont pas donné de suite. Cela totalise donc 400 interventions.

Il s'avère que les interventions les plus efficaces qui permettaient l'obtention d'un score DASA plus faible la deuxième fois, après la mise en place des interventions, étaient la mise en pratique d'activités de la vie quotidienne telles que le sport (2,8%), les entretiens infirmiers et le soutien verbal de la part des soignants (10,8%), ainsi que le changement du plan de traitement (5,8%). En page 4, dans le paragraphe « Impact of interventions », un tableau récapitule les interventions proposées après avoir réalisé l'évaluation DASA chez les patients présentant un score élevé.

Ainsi, il est à noter que les traitements médicamenteux d'urgence administrés sans le consentement des patients (33,5%) et les mesures de contraintes (15,3%), sont les interventions utilisées en premier lieu et les plus courantes, mais peuvent parfois avoir un effet inverse et ne démontrent pas une réelle efficacité.

Les différentes étapes de cette méthode sont décrites en page 2 dans le paragraphe « Methods ».

#### 1.4.2. Conclusions générales

Dans cet article, le paragraphe « Conclusion » démontre que lorsqu'un risque de violence est détecté, le plus souvent, une intervention fait suite. Les interventions mises en place sont fréquemment la pharmacologie et les mesures coercitives. La proposition d'entretiens infirmiers ou d'activités de la vie quotidienne sont significativement associées à la baisse du risque de violence perçu (p.6).

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

Il n'y a pas de particularité dans leur étude, mais ce sont les professionnels de la santé qui ont réalisé les évaluations auprès des patients et non pas les auteurs de l'étude.

### **1.5. Éthique**

Un paragraphe « Éthique » est présent dans cet article. Il mentionne le fait que le plan d'étude a été évalué et accordé afin de pouvoir mener l'étude par l'administration du district hospitalier d'Helsinki et d'Uusimaa (p.3). De plus, les évaluations DASA représentaient des déclarations de consensus des patients (p.2).

## **2. Démarche interprétative**

### **2.1. Apports de l'article**

Cet article permet de guider notre pratique infirmière et de pouvoir mieux appréhender et d'identifier un patient présentant un risque de violence, afin de diminuer les risques et les conséquences d'un passage à l'acte.

Tout d'abord, l'échelle DASA semble pertinente dans notre pratique professionnelle. Elle est utilisée dans cette étude afin de permettre d'identifier au mieux le risque aigu de violence de la part d'un patient. De plus, cette étude met en exergue les diverses interventions proposées à la suite de l'identification d'un risque. Ainsi, ces éléments proposés ont un impact sur la prévention du risque de violence et nous permettent d'obtenir des pistes d'amélioration de la prise en charge infirmière face à des patients présentant un risque élevé de comportement violent.

## **2.2. Limites**

Cette étude aborde les différentes limites rencontrées. Premièrement, les interventions ont été récoltées dans les dossiers médicaux, celles-ci ne représentent pas une source sûre, car leurs qualités sont variables à cause de la possibilité que certains soins n'aient pas été répertoriés.

Deuxièmement, cette étude n'est pas généralisable car elle a été réalisée uniquement au sein d'un seul établissement.

Troisièmement, les diagnostics médicaux ont été recueillis dans les dossiers des patients et à l'aide d'évaluations et non pas avec des entretiens structurés. De plus, les comorbidités n'ont pas été prises en compte.

Par ailleurs, l'échantillon n'a pas été sélectionné de manière randomisée, ce qui a comme conséquence l'influence de variables non-mesurées. De plus, un biais d'indication a été identifié car des accidents violents plus ou moins graves, nécessitant des interventions, ont pu avoir lieu sans que cela ne soit répertorié. Puis, aucun instrument tel que l'échelle SOAS « Staff Observation Agression Scale » n'a été utilisé pour évaluer les actes violents (p.6).

## **2.3. Pistes de réflexion**

Dans le paragraphe « Strengths and limitations », les auteurs proposent différentes pistes : Lors de prochaines études, il serait nécessaire de réaliser des essais randomisés par grappes afin de déterminer précisément l'efficacité des interventions proposées. D'autres études axées sur la combinaison des interventions mises en place afin de réduire le risque et les événements violents, sont nécessaire pour valider la causalité entre ces deux éléments (p.6).

Puis, dans le paragraphe « Conclusion », le personnel soignant est encouragé à promouvoir des interventions variées et personnalisées à chaque situation, tels que des promenades, des jeux ou activités individuels, dans le but de limiter le passage à l'acte (p. 6). De ce fait, il semble important de développer des interventions axées à chaque cas de manière à éviter l'acte violent. Ainsi, des formations spécifiques pour les soignants semblent nécessaires.

## 9.6 Fiche de lecture n°5

Koukia, E., Madianos, M. & Katostaras T. (2009). "On The Spot" Interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece, *Mental Health Nursing*, 30, 327-336.

### 1. Démarche descriptive

#### 1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude

Identité des auteurs (se référer en haut de la première page).

Cet article est écrit par trois auteurs.

- Evmorfia Koukia : Est professeure agrégée en Santé mentale et sciences du comportement à l'Université nationale et capodistrienne d'Athènes, en Grèce, à l'école des sciences de la santé et à la faculté des sciences infirmières. Elle obtient un Bachelor en sciences en 1995. Puis, en 1998, un master en sciences en santé mentale, et un doctorat en santé mentale en 2003 à l'Université d'Athènes, au sein de la faculté des sciences infirmières, en Grèce.
- Michael G. Madianos : Est professeur en psychiatrie, chef de la santé mentale / sciences du comportement, directeur du Centre de santé mentale communautaire de Zografou, au sein de la faculté des sciences infirmières, à l'Université d'Athènes, en Grèce.
- Theofanis Katostaras : A obtenu un baccalauréat en économie à l'Université du Pirée, en 1975. Puis, en 1990, il est devenu Docteur en philosophie de la santé. A présent, il est professeur agrégé en économie de la santé, dans la Faculté des sciences infirmières, à l'Université d'Athènes, en Grèce.

### Le nom et type de revue

« Issues in Mental Health Nursing » est une revue infirmière révisée par des pairs, tels que « Taylor & Francis Online » qui est une nouvelle plateforme pour tout contenu académique, scientifique, technologique et médical. Cette revue couvre les soins infirmiers en psychiatrie et en santé mentale. Elle édite 12 numéros publiés par année depuis 1978.

### Le lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans des unités de soins en psychiatrique sur trois grands hôpitaux dans la région d'Athènes en Grèce.

### Les objectifs pratiques

Cette étude a été menée sur deux phases, avec chacune des objectifs spécifiques :

- Phase 1 : identifier et classer l'expérience des infirmières en santé mentale en matière d'incidents critiques et de leurs choix d'interventions.
- Phase 2 : (1) explorer la prise de décision des infirmières en service face à un incident critique ; (2) révéler si ces interventions étaient associées aux variables sociodémographiques des infirmières, tels que le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, les années de travail passées en santé mentale, et l'emplacement (trois hôpitaux différents); et (3) délimiter les facteurs sous-jacents possibles qui peuvent influencer sur la prise de décision en fonction du points de vue et des opinions personnels (p.328)

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### 1.2.1. Objet de la recherche

L'objet de la recherche est d'explorer les interventions cliniques que mettent en place les infirmières en santé mentale lors d'incidents critiques des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie (p.328).

### 1.2.2. Question de recherche

N'est pas nommée en tant que telle mais peut-être déduite, par exemple : Quels sont les interventions mises en place par les infirmières lors d'actes de violence dans une unité de psychiatrie ? Quels sont les problèmes qu'elles rencontrent lors de la prise en soin d'un patient agressif ?

### 1.2.3. Hypothèse de travail

La connaissance des interventions proposées par les professionnels de la santé sur le terrain peut favoriser une meilleure gestion de la crise et ainsi permettre une meilleure prise en charge, afin de minimiser les complications pouvant survenir lors d'incidents de violence, tant pour le patient lui-même, que pour les soignants ou les autres patients hospitalisés.

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Il n'y a pas de modèle théorique qui a été utilisé dans cette étude.

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Les notions principales abordées dans cette étude sont les moyens utilisés pour faire face à des incidents critiques et d'analyser les interventions appliquées par les soignants.

## **1.3. Méthodologie de la recherche**

### 1.3.1. Outil pour la récolte de données

La récolte des données a été faite à l'aide d'un programme d'entretien semi-structuré. Les infirmières ont été invitées à choisir parmi cinq interventions possibles identifiées dans la phase 1, afin de répondre à chacune des dix vignettes de patients en crise.

Les infirmières ont été encouragées à fournir des informations sur leur processus décisionnel ou sur des questions importantes, pour identifier les causes possibles de leurs décisions dans leur travail. Cette procédure impliquait l'administration d'une feuille de papier vierge où les infirmières, avec leurs propres mots, ont écrit leurs points de vue, leurs idées et leurs croyances.



Les phrases et les commentaires faits par les infirmières ont été signalés entre guillemets. De plus, les infirmières ont été invitées à fournir des données personnelles telles que l'âge, le sexe, la formation et les années de travail dans le domaine psychiatrique (p.328-329).

### 1.3.2. Population de l'étude

Bien qu'un total de 120 infirmières ait été invitées à participer à la recherche, l'échantillon final comprenait 103 infirmières en santé mentale, travaillant dans les services de soins hospitaliers de trois grands hôpitaux psychiatriques de la région d'Athènes. Les infirmières devaient travailler à temps plein dans une unité psychiatrique pendant au moins trois années. Dix-sept infirmières ont refusé de participer, principalement pour des raisons personnelles.

L'échantillon de la phase 1 comprenait 30 infirmières en santé mentale de deux départements d'un hôpital psychiatrique d'Athènes qui n'avaient pas été incluses dans la phase 2. Le tableau 1 à la page 329, décrit les caractéristiques sociodémographiques des participants.

### 1.3.3. Type d'analyse

C'est une étude de type descriptive, de régression, qui a été appliquée pour décrire le mode d'intervention de l'infirmière, pour le problème de comportement de chaque patient. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour identifier les corrélations entre les variables démographiques et les interventions possibles concernant le problème de comportement de chaque patient.

## **1.4. Présentation des résultats**

### 1.4.1. Principaux résultats de la recherche

Quarante-quatre (42,7%) des participants étaient des hommes et 59 (57,3%) étaient des femmes (tableau 1).

Le tableau 2 (p.329) décrit les pourcentages des interventions utilisées par les infirmiers, lors de divers événements qui sont aussi mentionnés. Dans les pages 330 et 331 les interventions sont décrites plus profondément.

Les principaux résultats sont :

- L'intervention appliquée lors de tous les incidents mentionnés est le soutien et le fait de rassurer (83,5% : angoisse, 68,9% : comportement perturbateur 57,3% : agitation...).
- L'appel au psychiatre concerne aussi la plupart des interventions (50,5% lors de symptômes psychotiques, 49,5% : violence contre les objets, 47,6% : agression physique...).
- L'appel à un chef infirmier apparaît aussi mais en pourcentage moindre (26,2% lors d'attitude de provocation).
- Les médicaments sont utilisés surtout lors d'insomnie (55,3%).
- Les mesures de contention sont appliquées le plus souvent lors de violence physique (36,9%).

#### 1.4.2. Conclusions générales

Dans le paragraphe « Conclusion », l'étude a révélé l'existence de divers problèmes dans le travail infirmier qui nécessitent des recherches futures. Ces résultats démontrent qu'il est nécessaire que les infirmières contrôlent les comportements des patients, où le nombre d'infirmiers est restreint. De plus, l'absence de protocoles, de lignes directrices et d'autonomie juridique laisse les infirmières dans un sentiment d'inefficacité, bien que tous ces facteurs ne puissent remplacer l'expérience et le jugement clinique. La majorité des infirmières grecques ont clairement déclaré la nécessité d'une « restructuration totale de la profession infirmière, y compris la nécessité de formation » (p.334).

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

Cette étude a la particularité d'avoir été menée sur 2 phases distinctes.

### **1.5. Éthique**

L'approbation écrite a été obtenue par les comités d'éthique de trois hôpitaux. La participation à la recherche dépendait d'un consentement verbal individuel. L'interview personnelle a été réalisée par le premier auteur et a eu lieu dans une salle privée.

Des garanties de confidentialité et d'anonymat ont été données aux infirmières de garde. Cela est expliqué au sein du paragraphe « Procedure » à la page 338.

## **2. Démarche interprétative**

### **2.1. Apports de l'article**

Cet article nous permet de mieux approfondir notre rôle face à des patients qui ont des comportements violents, ou dans tous les cas, qui présentent des facteurs pouvant influencer leurs comportements et les mener à des incidents de violence. Il permet aussi de s'apercevoir des interventions mises en place indépendamment de la singularité de chaque situation. Mais aussi de l'efficacité et de la qualité de celles-ci indépendamment de la prise en soin. Puis, il permet de connaître l'opinion des infirmières sur leurs pratiques quotidiennes lorsque des incidents violents se produisent.

### **2.2 Limites**

Sur le terrain, il y a un manque de personnel infirmier qui peut mener à une surveillance insuffisante, ce qui peut accroître le risque d'incidents critiques. De plus, la plupart des infirmières ne connaissent pas les techniques d'intervention et agissent probablement de manière humaniste plutôt que professionnelle.

Par ailleurs, les résultats de cette recherche ne peuvent pas être généralisés aux soins infirmiers, mais représentent plutôt un aperçu des hôpitaux de santé mentale grecs qui existent actuellement (p.334).

### **2.3 Pistes de réflexion**

La principale recommandation de cette étude est la catégorisation et la priorisation des besoins en soins infirmiers en pratique clinique psychiatrique, par exemple, les besoins de formation, les rôles et les limites des infirmières, les responsabilités et l'autonomie de celles-ci.

## **9.7 Fiche de lecture n°6**

Zuzelo, P., Curran, S. & Zeserman, M. (2012). Registered nurse's and behavior health associate's responses to violent inpatient interactions on behavioral health units, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(2), 112-126.

### **1. Démarche descriptive**

#### **1.1. Le contexte de réalisation et de publication de l'étude**

Identité des auteurs (se référer en haut de la première page et de la dernière).

Cet article est écrit par six auteurs.

- Patti Rager Zuzelo : Infirmière clinicienne et membre de l'American Academy of Nursing au Colleges of Nursing sur la formation clinique. Elle est accréditée comme infirmière clinicienne spécialisée en santé des adultes et infirmière praticienne adulte. Elle fait des recherches sur la détresse morale, la technologie, la compassion et la violence. Elle est l'auteure de The Clinical Nurse Specialist Handbook, (2007, 2010), qui a reçu le prix du livre de l'année 2007 de l'AJA, dans la catégorie des soins infirmiers avancés. Zuzelo a récemment publié le manuel des soins infirmiers indirects pour les rôles infirmiers avancés : Au-delà du chevet (sous presse).
- Curran Staci : Infirmière clinicienne travaillant pour l'Albert Einstein Healthcare Network à Philadelphie.
- Mary Ann Zeserman : Infirmière clinicienne spécialisée dans le domaine de la santé mentale et exerçant à l'Albert Einstein Healthcare Network à Philadelphie.

### Le nom et type de revue

The Journal of the American Psychiatric Nurses Association (JAPNA) est un journal bimensuel révisé par des pairs publant des informations à jour pour promouvoir les soins infirmiers en psychiatrique, d'améliorer les soins dans le domaine de la santé mentale pour les patients, familles, groupes et communautés. Ainsi, ils mettent en avant une politique de soins dans le domaine des soins mentaux. JAPNA publie des articles cliniques et des articles de recherche pertinents pour les soins infirmiers psychiatriques. Cette revue est membre du Comité d'éthique des publications (COPE).

### Le lieu de l'étude

Le cadre institutionnel de cette étude n'a pas été clairement mentionné, cependant, l'étude a été réalisée au sein de deux différents établissements, l'un est une unité de soins psychiatriques aigus, dans un centre de santé, et l'autre est un établissement psychiatrique privé plus petit que le premier. L'étude a été réalisée à Philadelphie, aux Etats-Unis. Cela se trouve dans le paragraphe « Sample and setting », (p.115).

### Les objectifs pratiques

Les objectifs pratiques de cette étude sont d'explorer les réponses individuelles et collectives du personnel soignant face à des incidents violents commis par des patients, dans le but de proposer des interventions pour prévenir les actes de violence mais aussi pour pouvoir y faire face (p.1).

## **1.2. L'objet de l'article et le cadre théorique**

### 1.2.1. Objet de la recherche

Analyser et explorer les réponses collectives et individuelles données par les soignants victimes de violence, pour pouvoir comprendre ce phénomène et mettre en place diverses mesures préventives mais aussi comment agir au moment de l'acte et après ce dernier.

### 1.2.2. Question de recherche

N'est pas proposée explicitement en tant que tel. Cependant, le but de l'étude est d'explorer les réponses du personnel soignant face à un acte de violence et de pouvoir mettre en place des stratégies de prévention et d'action.

### 1.2.3. Hypothèse de travail

N'est pas nommée en tant que telle mais peut être déduite. Exemple : Cette enquête pourrait aider les infirmiers et le personnel soignant à identifier les problèmes que met en exergue la violence de la part d'un patient contre un soignant. Il s'agit, de par exemple de mettre en place des programmes de développement de la formation du personnel et des services de soutien répondant aux besoins du personnel se trouvant face à des situations d'agression (p.113).

### 1.2.4. Cadre théorique de la recherche

Les auteurs mentionnent la théorie de Watson à la page 123 « Ces mesures sont toutes conformes à la théorie de Watson sur la prise en charge humaine (2008), qui reconnaît la création d'un environnement de guérison et le développement de relations de confiance bénéfiques ». Watson (2008) a déclaré : « Les infirmières sont souvent peinées et usées en essayant de toujours prendre soin des autres, de leurs donner et d'être là pour les autres sans s'occuper des soins dont elles ont besoin » (page 47) (p.123).

### 1.2.5. Principaux concepts et/ou notions utilisés

Le principal concept est celui de la violence dans les soins. Un paragraphe appelé « Background » est consacré à ce sujet et utilise des études pour pouvoir démontrer l'importance de la violence dans le domaine de la santé (p.113). De plus, dans le chapitre « Main study concept », la violence est définie comme l'utilisation de la force physique contre autrui ou un groupe, entraînant des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques. Les indicateurs de violence incluent, battre, donner des coups de pied, saisir, pousser, mordre, pincer et utiliser un objet pour frapper un autre (p.115).

### **1.3. Méthodologie de la recherche**

#### **1.3.1. Outil pour la récolte de données**

L'outil utilisé dans cette étude est l'entrevue collective par groupes de 3 à 10 participants d'une durée d'environ 90 minutes. 4 groupes ont été formés. Les questions ont été préétablies et conçues pour favoriser le confort au sein du groupe en commençant par de larges questions avant de se concentrer sur des questions critiques. Les enquêteurs ont servi de modérateurs de la discussion, il y avait au moins deux enquêteurs dans chaque groupe de discussion.

Les participants ont été invités à (a) identifier les comportements des patients qui ont été catégorisés par le personnel comme «physiquement violents»; (b) réfléchir sur les pensées, les émotions et les actions qui se produisent en réponse à un patient physiquement violent, pour soigner un membre du personnel agressé, agresser un patient et d'autres patients hospitalisés; (c) décrire la réaction de l'équipe face à la rencontre violente; (d) réfléchir sur l'influence de la réponse de l'équipe face aux rencontres ultérieures avec le patient agresseur et avec les autres patients hospitalisés; et (e) identifier les réponses individuelles et d'équipe qui ont été utiles ou non suite à des actes de violence. Les entrevues ont cessé quand il y avait une répétition importante entre les groupes. Le débriefing a suivi chaque interview de groupe, complétés par des tableaux à feuilles mobiles. Les auteurs ont ensuite regroupé les réponses selon les thèmes.

Les groupes de discussion ont été enregistrés sur bande audio et transcrits textuellement. Les transcriptions ont été vérifiées avec exactitude par les chercheurs individuels. Le paragraphe « Data collections » décrit la méthode utilisée pour récolter les données (p.115-116).

#### **1.3.2. Population de l'étude**

La population contentait 19 soignants dont 8 ayant le titre d'infirmière et 11 étaient des « associés en santé mentale ». Le tableau numéro 1 à la page 116 décrit les participants.

Les participants ont été sélectionnés en fonction de leur volonté d'ajuster les horaires pour pouvoir participer à un groupe de 3 à 10 personnes pour les entretiens.

Les participants étaient inclus s'ils étaient des fournisseurs de soins directs, occupant des postes à temps plein, et travaillant avec des adultes hospitalisés admis en soins de courte durée, et ayant des diagnostics de santé mentale comportementale. Les gestionnaires, les superviseurs et les éducateurs ont été exclus, compte tenu de leurs responsabilités en matière de soins indirects et de l'influence potentiellement préjudiciable, que les figures d'autorité ont pu avoir sur la discussion de groupe. Les employés à temps partiel ou travaillant pour moins de 6 mois ont été exclus, compte tenu de leur interaction minime avec les patients et les équipes du personnel (p.115).

### 1.3.3. Type d'analyse

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entrevues enregistrées de quatre groupes composés de 6 à 10 participants (soignants) (p.p.115).

## **1.4. Présentation des résultats**

### 1.4.1. Principaux résultats de recherche

A la page 116, dans le paragraphe « Findings », un tableau récapitule les thèmes principaux et les sous thèmes qui ressortent des entrevues.

Un des principaux thèmes était le partage d'informations. En effet, la communication paraît comme essentielle dans la prévention de cas de violence. La communication informelle entre collègues semble plus utile que les rapports écrits pour diffuser des outils concernant les patients potentiellement violents. De plus, les rapports peuvent parfois manquer d'informations ou de véracité sur les incidents passés.

Les moyens de contention apparaissent comme étant la première intervention appliquée par les soignants lors d'actes violents ou de violence perçue. Les participants mettent en avant les bienfaits et la nécessité de ce moyen, pour permettre au patient de se centrer sur lui-même, mais aussi d'éviter un passage à l'acte. Cependant, il est important de vérifier si les comportements restrictifs reflètent une philosophie de la pratique infirmière qui valide de telles interventions.

Dans ce cas, l'éducation et le soutien du personnel sont nécessaires pour encourager d'autres stratégies visant à réduire la probabilité de violence au travail.

Le fait de traiter le patient ayant commis un acte de violence avec respect et de façon appropriée, permet d'éviter la catégorisation d'un patient et la mauvaise prise en soin.

Le soutien de toute une équipe permet d'avoir une unité d'affront avec une dynamique positive et allant dans le sens des besoins et des nécessités du patient. La cohérence entre le personnel soignant dans la prise en soins après un risque de violence est donc très importante car cela évitera une tentative d'en éventuel passage à l'acte.

De nombreux moyens pour se protéger et protéger les autres patients et collaborateurs ont été décrits, notamment l'identification des antécédents, la reconnaissance des comportements des patients, la vigilance, le respect d'une distance de sécurité et l'existence d'une relation thérapeutique avec le patient.

Il paraît nécessaire de proposer un moment de partage au personnel, afin de pouvoir discuter des sentiments vécus lors de l'incident et un examen post-incident pour réduire l'impact psychologique causé par la violence.

#### 1.4.2. Conclusions générales

Dans cet article, le paragraphe « Conclusion », démontre qu'il est nécessaire d'accorder une attention à la formation du personnel et au débriefing. Les jugements du personnel influencent les interactions patient-personnel, qui affectent le milieu et devraient donc être adéquatement informés et cliniquement exacts. Ainsi, un système de suivi des cas signalés de violence pourrait être important pour les efforts institutionnels, visant à réduire la fréquence des rencontres violentes. Le fait que les infirmières aient tendance à excuser les comportements des patients en tant qu'effet inaltérable de la maladie mentale, peut contribuer au problème de la conception de stratégies de réduction de la violence, et de ce fait, une politique articulée de non-violence est utile pour aider le personnel à communiquer les attentes comportementales aux patients. Il est possible de considérer toutes les occasions de violence comme inacceptables ; cependant, la gestion de la situation varierait en fonction de l'événement et de ses circonstances (p.124).

#### 1.4.3. Particularité ou l'originalité de leur étude

Cette étude ne présente pas de particularité sauf le fait que les auteurs aient orchestré des groupes de discussions.

#### **1.5. Éthique**

Un paragraphe « Declaration of conflicting interests » est présent dans cet article. Il mentionne le fait qu'aucun conflit d'intérêts potentiel concernant la recherche n'a été déclaré (p.124). De plus, dans la partie « Funding », le financement de la recherche a été pris en charge par l'Einstein Healthcare Network et l'Albert Einstein Society, les établissements où travaillent les auteurs (p.124).

### **2. Démarche interprétative**

#### **2.1. Apports de l'article**

Cet article permet de guider la pratique infirmière et de pouvoir mettre en exergue diverses interventions pour prévenir et agir dans des situations de violence.

Tout d'abord, dans le paragraphe « Discussion », les entrevues des soignants ont permis de faire ressortir divers points. Le partage verbal est perçu comme un moyen précis de transmission, ainsi la discussion et le travail en équipe paraissent essentiels. De plus, cette étude met en exergue l'importance de se protéger et de protéger les autres, en reconnaissant les éléments déclencheurs de violence ou en minimisant les effets négatifs potentiels des rencontres violentes. Les participants ont reconnu l'importance d'identifier les antécédents d'actes de violence chez un patient, afin de pouvoir anticiper les futurs passages à l'acte et minimiser le potentiel de violence en ciblant les facteurs déclencheurs. Puis, la réaction des soignants face à la violence doit être réfléchie, bienveillante et appropriée en évitant de contribuer à cet acte de violence et de nuire au patient.

## **2.2. Limites**

Cette étude aborde les différentes limites rencontrées. Premièrement, l'incapacité de l'étude à généraliser les résultats, étant donné le petit échantillon. De plus, le nombre d'infirmières diplômées était moindre, en comparaison au reste du personnel soignant compris dans l'échantillon. Les groupes de discussion ont été aussi organisés dans un milieu de soins particulier, limitant aussi la généralisation. Enfin, les discussions nécessitent une réflexion, et malgré la demande de confidentialité faite, cela aurait pu limiter les réponses données et ainsi avoir un effet négatif sur la véracité des données (p.123).

## **2.3. Pistes de réflexion**

Dans le paragraphe « Discussion », le personnel soignant est encouragé à dialoguer avec ses collègues, l'interaction signifie un partage qui est plus qu'un simple échange d'informations. Les soignants sont invités à utiliser des moyens de protections positifs pour se protéger eux-mêmes, mais aussi les autres afin de créer un environnement de confiance avec le patient.

Les auteurs proposent la mise en place de moments d'un débriefing pour réduire l'impact psychologique après l'incident. De plus, ils proposent des processus de feedback aux soignants qui seraient régulièrement sujets à des comportements violents de la part des patients (p.123).

Dans le paragraphe « Conclusions and implications », les auteurs proposent de collecter les données lors d'un passage à l'acte sous une forme agrégée, ce qui permettrait des études d'intervention et des analyses comparatives pour déterminer si les interventions mises en œuvre sont efficaces ou non (p.124).

De plus, il semble nécessaire de proposer et mettre en place un système de suivi des cas signalés de violence.

Ainsi, il est important de collaborer en équipe pour prévenir les actes de violence en discutant sur les diverses options de prise en soin afin de proposer des interventions axées à chaque cas. De cette manière, des formations spécifiques pour les soignants semblent nécessaires.