



Centre hospitalier universitaire vaudois

Prévention soignante de l'hétéro-agressivité en milieu psychiatrique : implantation d'une démarche EBP

Prod'Hom Louis

Infirmier Clinicien Spécialisé, ICLS -MScN

Mahé Stéphanie

Infirmière Cheffe d'Unité de Soins, ICUS

SIDIIEF 2022 – Ottawa – 19.10.2022



SOMMAIRE

- 1- Introduction
- 2- Projet et méthode
- 3- Recommandations de bonnes pratiques
- 4- Résultats de l'audit de base
- 5- Barrières et freins
- 6- Phase d'implantation: Interventions et outils mis en place
- 7- Résultats de l'audit de suivi
- 8- Conclusion
- 9- Références

1 - Introduction

- Violence = **Phénomène complexe**
- Très fréquent dans les milieux psychiatriques: Prévalence des agressions (tous types): 65% - 99%
- 1 patient sur 5
- Impact sur les patients, les soignants, la relation soignant-soigné et l'organisation

(Cornaggia et al., 2011; d'Ettorre & Pellicani, 2017; Gaynes et al., 2017; Iozzino et al., 2015; Lantta et al., 2016; McDermott & Holoyda, 2014; Weltens et al., 2021)

2 - Projet et méthode

But du projet

Promouvoir la prévention soignante du risque d'hétéro-agressivité au sein du Département de psychiatrie, selon les recommandations issues de la littérature scientifique.

Contexte

Contexte d'une formation JBI : *Evidence-based Clinical Fellowship Program (EBCFP)*
3 unités pilotes réparties sur 3 hôpitaux du département.



Méthodologie

Audits et feed-back:

- Focus groupes
- Questionnaires
- Dossier patient informatisé



Modèle CLARITY

Modèle JBI	Phases du changement selon CLARITY	Phases du changement selon POS
C	Clarification du problème	Préparation
L	Leadership et engagement de l'équipe	
A	Evaluation du potentiel de changement ¹	
R	Recommandations et écart avec les pratiques	
I	Implantation du changement	Mise en œuvre
T	Mesure et renforcement du changement ²	Renforcement
Y	Pérennisation du changement ³	

3 - Recommandations de bonnes pratiques

- L'adoption d'une approche centrée sur la personne, basée sur le partenariat avec une participation active des patients dans leur soins est fréquemment citée comme une mesure de prévention primaire
(American Psychiatric Nurses Association, 2016; Haute Autorité de Santé, 2016; Lizarondo, 2018; National Institute for Health and Care Excellence, 2015)
- L'évaluation du risque hétéro-agressif est une mesure préventive efficace pour réduire les comportements hétéro-agressifs (Gaynes et al., 2017).
- Dans un contexte d'hospitalisation en psychiatrie, cette évaluation doit prendre en considération :
 - des facteurs statiques du risque de violence (ex: les antécédents de violence)
 - des facteurs dynamiques (ex: la confusion ou l'agitation)(Anderson & Jenson, 2019).
- L'utilisation d'un outil d'évaluation standardisée est recommandée dans ce contexte
(Anderson & Jenson, 2019; Clarke et al., 2010; Lizarondo, 2019; National Institute for Health and Care Excellence, 2015).
- Participation active des patients et leur proches dans le but d'évaluer le risque d'hétéro-agressivité :
 - Les facteurs déclenchants
 - Les perceptions des patients
 - Les signes précurseurs
 - Les stratégies de retour au calme(Haute Autorité de Santé, 2016, Lizarondo, 2018, National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

4 - Résultats de l'audit de base (1) PACES

Aggression in Hospital and Mental Health Unit: Prevention (2018)

Violence prevention



1. Les équipes soignantes ont reçu une formation qui leur permettent de reconnaître, prédire, prévenir et gérer l'agressivité
2. Les équipes soignantes observent et documentent les facteurs qui précipitent les agressions
3. Les patients et/ou les proches sont consultés pour aider à identifier les déclencheurs précipitants les agressions verbales ou physiques
4. Les patients sont évalués à l'aide d'un instrument de dépistage validé
5. Les patients à risque de comportement violent ou agressif sont évalués par des professionnels de la santé compétents en évaluation et en gestion de l'agressivité.
6. Un plan de soin individualisé est élaboré et mis en place pour prévenir les agressions
7. Les patients et/ou les proches participent à la planification du plan de soins

4 - Résultats de l'audit de base (2)

Questionnaires

- **96.3%** (n=26/27) ont été exposés à de la violence au cours des trois derniers mois (verbales, menaces, physiques)
- Agressions verbales et menaces **89%** (n=24/27)
- Agressions physiques **44.4%** (n=12/27). Pas d'agression physique de la part des proches.



Focus Groupe

- Evaluation constante du risque: Observation, expérience et intuition

Dossier patient informatisé

- Impact de la violence sur les pratiques soignantes objectivés:
 - Evaluation du risque augmentée (100% après acte de violence vs 34% si absent)
 - Participation des patients à l'évaluation du risque augmentée (53% vs 12.5%)
 - Interventions augmentées (93.3% vs 12.5%).



→ Place de la Prévention primaire?

A screenshot of a patient information system (PIS) interface. The interface is dark-themed with white text. It shows a patient's record with various tabs and data fields. The main content area displays a table with columns for dates and times, and rows for different types of interventions or observations. The table has a header row and several data rows, some of which are highlighted in blue. The interface includes a sidebar on the left with navigation options and a top navigation bar.

5 - Barrières et freins : GRIP

1. Méconnaissance des interventions de prévention primaire
2. Evaluation du risque basée sur l'observation et peu d'implication des patients dans l'évaluation du risque en première intention
3. Absence d'outil standardisé d'évaluation du risque
4. Risque de banalisation de la violence
5. *Cultures différentes et éloignement géographique des trois unités pilotes*

Barrières	Stratégies	Ressources	Résultats
1. Méconnaissance des interventions de prévention primaires	<ul style="list-style-type: none">• Analyse clinique sur le thème de la prévention de la violence durant la phase d'implantation (4x1h/unité)• Formation de 2h• PEC standardisée	<ul style="list-style-type: none">• Référent spécifique dans chaque unité pour promouvoir le projet• Equipe d'accompagnement• Présence régulière des chefs de projet	<ul style="list-style-type: none">• Augmentation des compétences des professionnels sur des interventions de prévention primaire pour réduire la violence• Mise en place d'action de prévention primaire par les soignants

6 - Phase d'implantation: Interventions et outils mis en place

1. **Formation** sur les différentes mesures de prévention primaire : Evaluation des 4 dimensions du risque avec une participation active du patient et des proches → Formation (2h00)
2. Implantation de la **grille d'évaluation** « Brøset Violence Checklist-BVC »: Création et adaptation de capsules vidéo
3. Documents de synthèse des **interventions à mettre en place** en fonction du score de la BVC et de la **désescalade** de la violence
4. Proposition d'une **prise en charge standardisée** sur la prévention de l'hétéro-agressivité qui regroupe les principales mesures de prévention et des interventions à différents moments du séjour hospitalier
5. Accompagnement du changement : **Temps d'analyse clinique** : 4 séances d'analyse de pratique par site sur les quatre mois d'implantation (co-animées par l'ICUS de l'unité+ 1 membre de l'équipe projet) et Identification d'un « référent » infirmier dans chaque équipe pilote

6 - Phase d'implantation (2)

-Brøset Violence Checklist (BVC)-

<p>The Brøset Violence Checklist (BVC®) – Instructions rapides: Coter le patient à l'heure convenue par chaque équipe. L'absence du comportement donne un score de 0. La présence du comportement donne un score de 1. Le score maximum (SOMME) est de 6. Si le comportement est normal pour un patient bien connu, seule une majoration du comportement donne un score de 1, Ex : si un patient bien connu est habituellement confus (est comme cela depuis longtemps) cela donne un score de 0. Si une majoration de la confusion est observée cela donne un score de 1.</p>	Données Patient
--	-----------------

6 items qui évaluent des facteurs de risque dynamique

Cotation 0 ou 1 → score total 0-6

3x/j durant les 3 premiers jours

Meilleure précision dans la prédiction des épisodes d'agressivité que le jugement clinique et l'intuition (Clarke et al., 2010).

Lundi / /				
	Jour	Soir	Nuit	
Confusion				
Irritabilité				
Remuant				○
Menaces Verbales				
Menaces Physiques				
Attaques d'Objets				
SOMME				

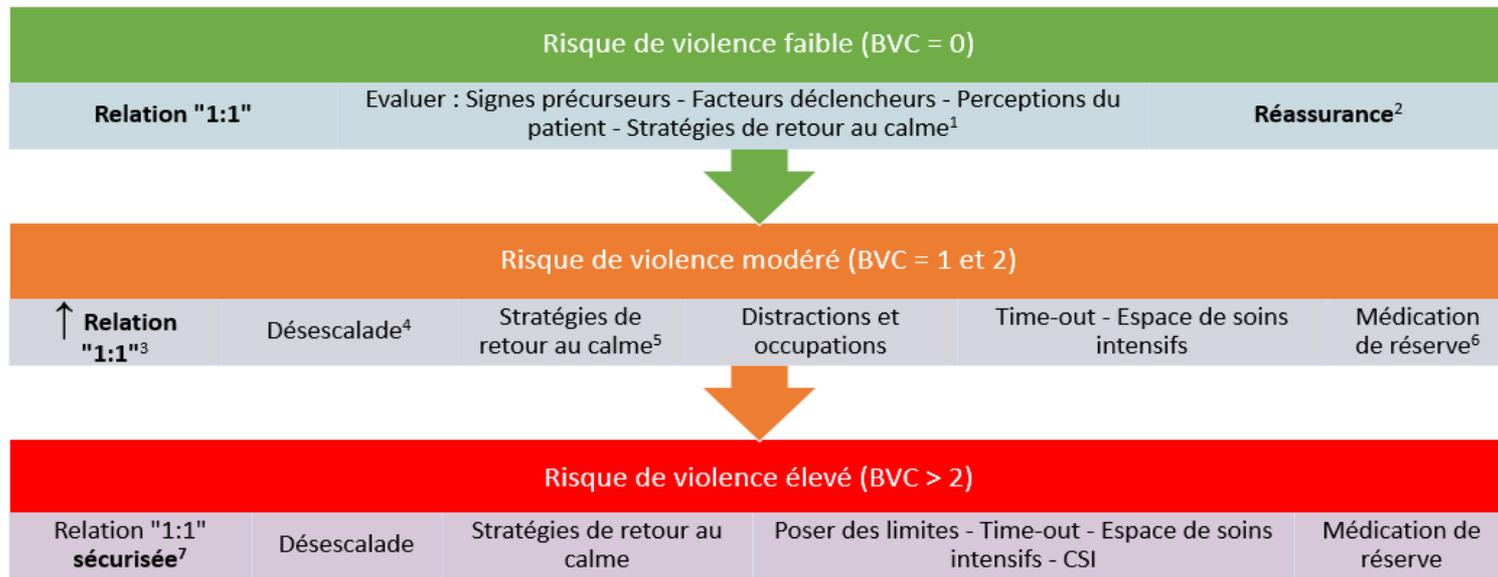
Mardi / /				
	Jour	Soir	Nuit	
Confusion				
Irritabilité				
Remuant				
Menaces Verbales				
Menaces Physiques				
Attaques d'Objets				
SOMME				

Mercredi / /				
	Jour	Soir	Nuit	
Confusion				
Irritabilité				

Jeudi / /				
	Jour	Soir	Nuit	
Confusion				
Irritabilité				

6 - Phase d'implantation (3)

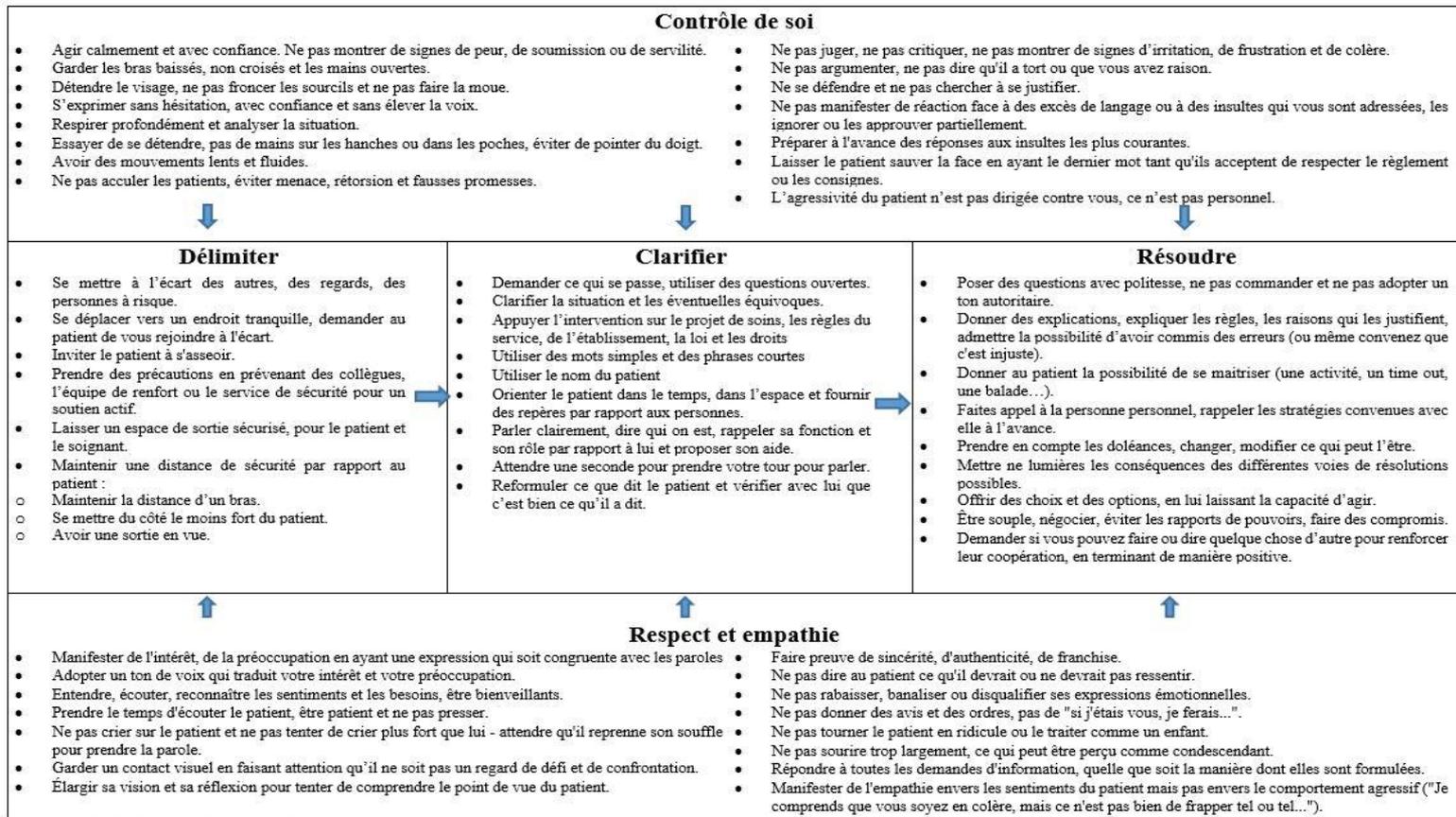
- Interventions en fonction du score -



- 1 Les éléments déclencheurs (Ex : alcool, prise de médication) et les signes précurseurs (Ex : menaces, agitation) sont souvent stéréotypés pour un patient. Perception du patient : Comment perçoit-il ses épisodes de violence ? Stratégies de retour au calme ? Quelles stratégies le patient utilise-t-il pour s'apaiser lors d'état de tension ?
- 2 Accueillir le patient, écouter ses craintes et préoccupations, l'informer de ses droits et du fonctionnement de l'hôpital.
- 3 Augmenter la présence auprès du patient et éviter le réflexe naturel d'éviter le patient ce qui peut avoir comme effet de potentialiser l'état de tension
- 4 Eléments d'exemple de désescalade verbale (voir document Désescalade de la violence « Talk down tips »)
- 5 Mise en place des stratégies de retour au calme préalablement identifiées par le patient et proposer des temps thérapeutiques individuels (Ex : technique de relaxation, accompagnement sur le site)
- 6 Proposer médication de réserve et évaluer la pertinence d'appeler l'agent de sécurité.
- 7 Assurer sa sécurité soit par la présence de collègues soit par la présence de l'agent de sécurité. Si présence de plusieurs personnes auprès du patient, privilégier un seul interlocuteur

6 - Phase d'implantation (4)

- Désescalade -



6 - Prise en charge standardisée (5) -

PRISE EN CHARGE STANDARDISÉE : Prévention de l'hétéro-agressivité en psychiatrie hospitalière adulte

But : Le but de cette PEC est de présenter les principales interventions de prévention du risque hétéro-agressif en psychiatrie hospitalière adulte en fonction des temps spécifiques d'une hospitalisation.

Principe de l'évaluation du risque de violence : L'évaluation du risque hétéro-agressif est une mesure importante de prévention de la violence en psychiatrie (1). Cette évaluation doit s'intégrer dans l'évaluation clinique globale du patient (psychiatrique, somatique et sociale). La violence dans le parcours du patient devrait être abordée comme un événement évolutif afin de limiter la stigmatisation des patients. L'évaluation du risque devrait être réalisée dès l'admission et durant tout le temps hospitalier. (2)

+

Temporalité	Actions		Moyens	Ressources	Personne(s) responsable(s)
		Interventions et Evaluations			
J0 : Avant l'arrivée du patient à l'hôpital		<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser le service de sécurité ou des renforts soignants en fonction de l'état d'agitation et des éléments communiqués avant l'admission : <ul style="list-style-type: none"> Contexte et motif d'admission, Historique de violence, Anamnèse psychiatrique, Consommation de substance, Directive anticipée et plan de crise conjoint. 	<ul style="list-style-type: none"> Connaissances du parcours du patient Lettre de sortie / rapport de précédentes hospitalisation Contacteur préalable avec le réseau de soin ou les proches du patient avec son accord. 	<ul style="list-style-type: none"> Soarian Archimed Réseau extérieur 	<ul style="list-style-type: none"> Infirmier orienteur Médecin qui va réaliser l'admission
J1	Admission	<ul style="list-style-type: none"> Une attention particulière sera donnée sur l'accueil du patient afin de construire une alliance thérapeutique de manière précoce. Réaliser un inventaire patient pour éliminer les objets dangereux. 	<ul style="list-style-type: none"> Présenter l'unité Présenter les règles de l'hôpital Expliquer le fonctionnement de l'unité 	<ul style="list-style-type: none"> Livret d'accueil du site Livret « droit des patients » 	<ul style="list-style-type: none"> Infirmier référent ou qui accueille le patient dans l'unité
	Entretien d'admission	<p>Evaluation du risque hétéro-agressif :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'associations des trois facteurs de risque suivants devraient servir de point d'appel pour une évaluation plus approfondie ainsi que la mise en place d'un plan de prévention de la violence individualisé : <ul style="list-style-type: none"> Antécédents de violence, Antécédents de comportements impulsifs, Antécédents ou consommation d'alcool et/ou de drogues (2). Questionner directement les patients et, dans la mesure du possible leurs proches, sur les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> La détection des signes précurseurs, L'identification des facteurs déclenchants, Les perceptions du patient, L'identification des stratégies de retour au calme, 	<ul style="list-style-type: none"> Pour faciliter cette récolte d'information, vous pouvez poser notamment les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous été victime de violence (permet de faciliter les questions suivantes) ? Cela vous arrive-t-il de vous emporter ? Dans quelles circonstances ? Avec qui ? Comment ? Par la suite, le regrettez-vous ? (2) 	<ul style="list-style-type: none"> Patient Proches avec accord du patient Réseau extérieur avec accord du patient 	<ul style="list-style-type: none"> Infirmier qui fait l'admission/ Infirmier référent Médecin en charge de l'admission

Rédigé par: L.Prod'hom, S.Mahé, P.Lequin, D. Drozdzek

Validé par:

Révisé par:

Département: Département de psychiatrie

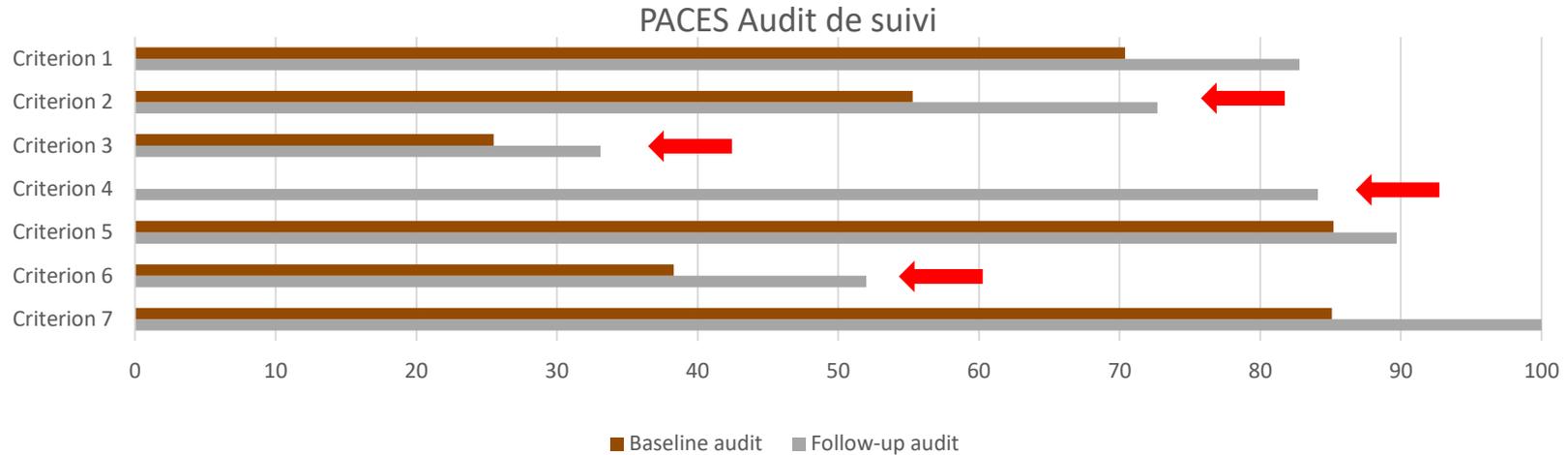
Version: 1

Service: Filière psychiatrique adulte

Date:

Date:

7 - Résultats de l'audit de suivi PACES



1. Les équipes soignantes ont reçu une formation qui leur permettent de reconnaître, prédire, prévenir et gérer l'agressivité
2. Les équipes soignantes observent et documentent les facteurs qui précipitent les agressions
3. Les patients et/ou les proches sont consultés pour aider à identifier les déclencheurs précipitants les agressions verbales ou physiques
4. Les patients sont évalués à l'aide d'un instrument de dépistage validé
5. Les patients à risque de comportement violent ou agressif sont évalués par des professionnels de la santé compétents en évaluation et en gestion de l'agressivité.
6. Un plan de soin individualisé est élaboré et mis en place pour prévenir les agressions
7. Les patients et/ou les proches participent à la planification du plan de soins

7 - Résultats de l'audit de suivi

Exposition des soignants à la violence

Questionnaires:

	Audit de base	Audit de suivi
Exposition à la violence durant les trois derniers mois	96.3% (n=26/27)	93% (n=27/29)
Fréquence d'exposition violence verbale par les patients	7.4% (n=2) agressés 1x 55.6% (n=15) entre 2-10x 14.8% (n=4) entre 11-20x 11.1% (n=3) plus de 20x Somme >10 agressions= 25.9%	13.8% (n=4) agressés 1x 65.5% (n=19) entre 2-10x, 10.3% (n=3) entre 11-20x. 3.4% (n=1) plus de 20x Somme >10 agressions= 13.7%
Exposition violence verbale par les proches	55.6% (n=15/27)	41.4% (n=12/29)
Exposition violence physique	44.4% (n=12/27)	13.8% (n=4/29)

7 - Résultats de l'audit de suivi (2)

Mesures de prévention primaire

Dossiers patient informatisé:

	Audit de base	Audit de suivi
Evaluation du risque chez les patients sans épisode d'hétéro-agressivité	34% des patients non-agressifs	61.3% des patients non-agressifs
Participation des patients à l'identification du risque de violence sans épisode d'hétéro-agressivité	12,5% des patients-non agressifs	35,5% des patients non-agressifs
Plan de soins spécifique pour la violence sans épisode d'hétéro-agressivité	12,5% des patients non-agressifs	32.3% des patients-non agressifs

7- Résultats de l'audit de suivi (3)

Interventions de prévention et de gestion de l'agressivité

<u>Interventions proposées</u>	Audit de base n=	Audit de suivi n=
Chambre de Soins Intensifs CSI (contrainte)	11	7
Adaptation traitement et réserve médicamenteuse	11	11
Renfort équipe et sécurité	6	8
Entretien infirmier/Entretien médico-infirmier	5	14
Stratégie de retour au calme propre au patient (appel téléphonique, distraction, musique, retrait en chambre, time out, relaxation)	4	5
Espace fermable	1	4 dont 1 sans CSI
Programme de soin/ cadre de stimulation adapté	1	5
Balade accompagnée	1	2
Contention relationnelle/désescalade		11
Surveillance rapprochée ou 1-1		3

8 - Conclusion

- **Augmentation des interventions de prévention mises en place par les équipes soignantes et diminution de la fréquence des agressions verbales et physiques sur une période de 4 mois**
- **Pérennisation:**
Projet en cours de développement sur l'ensemble des unités de psychiatrie adulte
- **Expérience riche:**
Rencontres avec différentes équipes
Processus d'amélioration de la qualité des soins:
 - Soignants
 - Implication patients et proches

9 - Références

- American Psychiatric Nurses Association. (2016). APNA POSITION STATEMENT: Violence Prevention. <https://www.apna.org/files/public/Resources/APNA%20Position%20Paper%20-%20Violence%20Prevention.pdf>
- Anderson, K. K., & Jenson, C. E. (2019). Violence risk–assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.012>
- Clarke, D. E., Brown, A.-M., & Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 614-620. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x>
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
- d’Ettorre, G., & Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), 337-342. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 68(8), 819-831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- 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* [Guide méthodologique]. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 10(6), e0128536. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0059-5>
- Lizarondo, L. (2018). *Aggression in Hospital and Mental Health Unit: Prevention*.
- Lizarondo, L. (2019). *Violence and Aggression in Mental Health Settings: Risk Assessment Tools*.
- McDermott, B. E., & Holoyda, B. J. (2014). Assessment of aggression in inpatient settings. *CNS Spectrums*, 19(5), 425-431. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000224>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings* [NICE Guideline]. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward : Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>

Merci de votre attention!