



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Guide méthodologique

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

Septembre 2016

Ce guide, comme l'ensemble des publications,  
est téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

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

# Sommaire

|  |           |
|--|-----------|
| Résumé   | 5         |
| Introduction   | 8         |
| <b>1. Cadrage méthodologique</b>   | <b>10</b> |
| 1.1 Délimitation du champ du projet  | 10        |
| 1.2 Contexte : les incidents violents en service de psychiatrie, quelle réalité ?  | 11        |
| ▶ Un phénomène d'ampleur appréhendé au travers d'instruments de mesure non standardisés et de modalités de déclaration des données très hétérogènes  | 11        |
| ▶ Les victimes : professionnels et patients  | 12        |
| ▶ Une minorité de patients à l'origine d'une large proportion des incidents  | 12        |
| ▶ L'admission et l'hospitalisation de longue durée : deux situations à risque de violence  | 13        |
| ▶ Des facteurs multiples : la clinique, le contexte, l'interaction   | 13        |
| ▶ Des impacts négatifs   | 14        |
| 1.3 Orientations et principes retenus  | 14        |
| 1.4 Finalité et objectifs du projet  | 15        |
| ▶ Finalité : renforcer les compétences des équipes psychiatriques  | 15        |
| ▶ Objectif opérationnel : des supports pour les démarches d'amélioration des équipes en psychiatrie  | 15        |
| 1.5 Les documents du projet « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » | 16        |
| ▶ Les 15 programmes  | 17        |
| ▶ Les 14 outils  | 18        |
| <b>2. Principes et parcours de prise en charge</b>   | <b>19</b> |
| 2.1 Les valeurs, le soutien institutionnel et la dynamique d'équipe, un fil rouge transversal  | 19        |
| ▶ Les valeurs partagées pour l'ensemble des soins et déclinées autour de la question des moments de violence associés aux troubles mentaux   | 19        |
| ▶ Le soutien institutionnel et le rôle de la gouvernance   | 20        |
| ▶ La dynamique d'équipe  | 21        |
| 2.2 Le parcours de prise en charge du patient : une approche en trois étapes fondée sur la prévention des moments de violence dès l'accueil du patient   | 24        |
| ▶ Prévention initiale au stade de l'accueil et de l'admission et en cours d'hospitalisation  | 25        |
| ▶ Prévention secondaire : éviter l'escalade vers la violence, gérer la situation lorsque la violence est là  | 30        |
| ▶ Prévention tertiaire : une démarche « post-incident »  | 35        |
| 2.3 Spécificités de la prise en charge des patients en hospitalisation de longue durée   | 37        |
| ▶ Introduction   | 37        |
| ▶ Spécificités de ces patients et de leur prise en charge  | 38        |
| ▶ Préconisations   | 39        |
| <b>3. Le matériel pédagogique</b>  | <b>41</b> |
| 3.1 En préambule   | 41        |
| 3.2 Les 15 programmes d'amélioration   | 41        |
| ▶ Objectifs des programmes   | 41        |
| ▶ Organisation d'un programme d'amélioration   | 41        |
| ▶ Les caractéristiques des programmes  | 42        |
| ▶ Le déploiement des programmes au sein d'une équipe   | 43        |

|                                  |   |           |
|----------------------------------|---|-----------|
| 3.3                              | Les 14 outils pour l'amélioration des pratiques                                 | 44        |
|                                  | ▶ Mise en œuvre des programmes : des outils et méthodes déjà connus             | 44        |
|                                  | ▶ 14 outils spécifiques de mise en œuvre des programmes d'amélioration          | 44        |
| 3.4                              | Liens entre les 15 programmes et les 14 outils                                  | 45        |
| <b>Références</b>                |   | <b>47</b> |
| <b>Participants</b>              |   | <b>53</b> |
|                                  | ▶ Groupe de pilotage  | 53        |
|                                  | ▶ Documentation   | 53        |
|                                  | ▶ Groupe de travail   | 53        |
|                                  | ▶ Personnalités auditionnées  | 54        |
|                                  | ▶ Ascodocpsy  | 54        |
|                                  | ▶ Établissements de santé ayant contribué à la documentation du projet          | 54        |
|                                  | ▶ Membres du comité de suivi ayant contribué à la relecture                     | 55        |
|                                  | ▶ Groupe de lecture   | 55        |
| <b>Modalités de réalisation</b>  |   | <b>58</b> |
|                                  | ▶ Travail bibliographique   | 58        |
|                                  | ▶ Groupe de travail   | 58        |
|                                  | ▶ Groupe de lecture   | 60        |
|                                  | ▶ Prise en compte de l'avis du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale » | 60        |
| <b>Abréviations et acronymes</b> |   | <b>61</b> |

# Résumé

Le projet « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » s'inscrit dans le programme pluriannuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, dont l'un des axes thématiques est « les droits et la sécurité en psychiatrie ».

## → Le périmètre du projet

Le périmètre du projet couvre la prévention et la prise en charge :

- des moments de violence des patients hospitalisés **en service de psychiatrie**, dont l'abord est spécifique, distinct notamment des situations rencontrées dans le reste du système de soins, dans les services d'urgence, ainsi que dans le cadre des soins ambulatoires ;
- des moments de violence chez les **patients adultes** ;
- des moments de violence qui visent autrui. Ce travail concerne les **hétéroagressions** et non les violences qui relèvent d'une autoagression.

Le guide, les programmes et les outils pour l'amélioration des pratiques concernent la prise en charge au sein des services de psychiatrie générale. La question des indications d'admission et de la prise en charge en Unité pour malades difficiles (UMD) n'est pas abordée dans ce cadre.

## → La finalité du guide, des programmes et des outils proposés par le groupe de travail

La finalité du guide, des programmes et des outils élaborés dans le cadre du groupe de travail « **Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie** » est de renforcer les compétences des équipes psychiatriques pour prévenir et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation psychiatrique.

## → Violence et troubles mentaux

Le travail présenté ici s'inscrit dans la continuité de l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique réalisée à la HAS sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon qui a rappelé que :

- les personnes souffrant de troubles mentaux sont avant tout victimes de violences et ne sont que rarement impliquées dans des violences faites aux tiers ;
- la violence ne concerne pas la maladie mentale en général, mais peut être liée à certains moments de l'évolution des troubles, s'exprimant dans des conditions spécifiques.

## → La violence dans les services d'hospitalisation psychiatrique

- Les études disponibles montrent une incidence et une prévalence importante du phénomène de violence dans les services de psychiatrie.
- Une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des incidents.
- Si la période suivant l'admission d'un patient est particulièrement à risque, ce sont les services accueillant des patients en hospitalisation de longue durée qui paraissent le plus touchés par le phénomène de violence.
- Les victimes sont d'une part les professionnels, infirmiers en particulier, et par ailleurs, à part égale, les autres patients de l'unité de soins.
- De multiples facteurs sont retrouvés à l'origine de la violence : les facteurs cliniques (troubles psychiatriques, comorbidités), des facteurs contextuels (l'institution, l'environnement physique, l'architecture, le fonctionnement du service) et des facteurs liés aux interactions individuelles.
- Les impacts négatifs ont été mis en lumière dans la littérature. S'il y a peu d'incidents entraînant des atteintes physiques graves, les impacts psychologiques sont très importants.

Les recommandations de l'audition publique de 2011 soulignent que, en institution, « la réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins », rendant nécessaire la mise en place de moyens institutionnels, et tout particulièrement d'une équipe soignante « formée, compétente et en nombre suffisant ».

La gestion des risques et des situations de violence fait partie des compétences nécessaires en psychiatrie et chaque unité doit être prête à les prendre en charge. Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes et les compétences spécifiques dans la prise en charge de ces situations, sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et le recours aux mesures de contention et d'isolement.

### → Les principes et la méthode de travail

Les principes de travail, retenus par le groupe composé de professionnels et de représentants des patients et des familles réunis à la HAS, sont :

- de prendre en compte, à toutes les étapes, les patients, la famille et les soignants, dans un cadre respectueux des droits et de la dignité des personnes, et mettre l'éthique au cœur de la démarche soignante ;
- de privilégier une approche médicale et soignante des moments de violence associés aux troubles mentaux et rappeler l'importance :
  - d'une bonne connaissance de la clinique des troubles mentaux (notamment des troubles schizophréniques et bipolaires),
  - d'un repérage des moments critiques de la maladie et de la souffrance du patient,
  - d'une implication du patient dans sa prise en charge, d'une association de l'entourage, avec l'accord du patient,
  - de services de soins cohérents et structurés autour de valeurs communes.

La méthode de travail se fonde sur l'analyse de la littérature, l'avis des parties prenantes, l'expertise d'un groupe de travail pluriprofessionnel associant des usagers (représentants des patients, famille et proches) et la relecture par un groupe d'experts.

### → Les objectifs opérationnels

Le groupe de travail a souhaité répondre à l'enjeu que constituent ces phénomènes en mettant à la disposition des professionnels des supports pour les aider dans l'élaboration de programmes d'amélioration des pratiques et des compétences. Ces démarches entreprises par les équipes seront :

- élaborées par l'équipe, avec l'apport des représentants d'usagers, à partir d'un ensemble d'éléments de bonne pratique et d'outils proposés par la HAS ;
- en lien avec les besoins ressentis par les professionnels et les enjeux de la prise en charge des patients ;
- dotées d'objectifs explicites d'amélioration, correspondant aux principaux leviers pour améliorer la qualité des soins ; il s'agit de trouver l'équilibre entre des objectifs ambitieux pour la qualité et la sécurité des soins et des projets modestes pouvant être menés à leur terme, avec une progression à petits pas ;
- menées dans un cadre pluriprofessionnel ;
- inscrites dans une progressivité pluriannuelle, prenant en compte les réalités du terrain et ses contraintes ;
- facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels ;
- évaluées par l'équipe (objectifs définis, indicateurs de suivi).

## → Les documents mis à disposition : un guide, des programmes, des outils et un rapport bibliographique

Plusieurs documents sont proposés pour soutenir les démarches d'amélioration.

- **Un guide** présentant :
  - la démarche du groupe de travail,
  - les principes fondant une démarche de prévention et de gestion de la violence en service d'hospitalisation en psychiatrie :
    - la promotion des valeurs qui fondent ces démarches,
    - l'implication et le rôle de l'institution,
    - le projet d'équipe et le fonctionnement en équipe.
  - les étapes de la prise en charge et du parcours (prévention initiale, secondaire et tertiaire), les points à améliorer et les objectifs d'amélioration des pratiques.

Ce parcours de prise en charge distingue trois temps :

- la prévention initiale comprenant l'accueil, mais aussi la prévention mise en place au cours de l'hospitalisation,
  - la prévention secondaire qui regroupe la prévention et la gestion de la crise,
  - la prévention tertiaire qui correspond aux actions à réaliser dans les suites d'un incident violent ;
  - une présentation du matériel pédagogique associé aux objectifs d'amélioration retenus.
- Un document présentant le cadrage de 15 programmes d'amélioration des pratiques.

Ces programmes correspondent à 15 objectifs d'amélioration organisés autour :

- des enjeux de la prévention initiale des moments de violence, à l'accueil du patient et en cours d'hospitalisation (4 programmes) ;
  - des enjeux de la prévention secondaire, lorsqu'une crise doit être désamorcée (1 programme) ;
  - des enjeux de la prévention tertiaire (3 programmes) ;
  - des enjeux transversaux de la prévention de la violence : les valeurs partagées, le rôle de la gouvernance, la dynamique d'équipe, le développement des compétences (7 programmes).
- 14 outils pour l'amélioration des pratiques.
    - La mise en œuvre de chacun des programmes peut être facilitée par des **outils** : outils d'évaluation et d'amélioration déjà existants (méthodes d'amélioration, de gestion des risques, etc.), outils définis spécifiquement pour soutenir l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs de prévention et de gestion des moments de violence en psychiatrie.
  - Un rapport bibliographique.

# Introduction

## Un projet du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS 2013-2016

La HAS a établi un programme dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale pour la période 2013-2016. Ce programme est organisé autour de trois axes thématiques : la prise en charge des troubles dépressifs, les parcours des personnes en situation de handicap psychique, les droits et la sécurité en psychiatrie.

Ce programme prévoit, dans le cadre du 3<sup>e</sup> axe, l'élaboration d'un guide : « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie ».

## Un travail inscrit dans la continuité de l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique

Le travail présenté ici s'inscrit dans la continuité de l'audition publique sur la dangerosité psychiatrique réalisée à la HAS sous la présidence du Pr Jean-Louis Senon qui a abouti à des recommandations en mars 2011 (1).

Cette audition publique a souligné que la dangerosité ne concerne pas la maladie mentale en général, mais peut être liée à certains moments de l'évolution des troubles, s'exprimant dans des conditions spécifiques (2). Marginale par rapport à la maladie mentale, la question de la dangerosité psychiatrique doit cependant être prise en compte (1).

## La violence en service de psychiatrie : un phénomène fréquent, des compétences individuelles et d'équipe à développer

Les données disponibles permettent d'appréhender l'ampleur du phénomène de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie, phénomène dont les victimes sont tout autant les patients que les professionnels.

Dans le contexte des hospitalisations en service de psychiatrie, les équipes soignantes ont à faire face à des situations difficiles et notamment à des moments de violence chez certains patients.

Les recommandations de l'audition publique de 2011 soulignent que « la réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins », rendant nécessaire la mise en place de moyens institutionnels et tout particulièrement **d'une équipe soignante « formée, compétente et en nombre suffisant »** (1).

Dans la journée du 6 avril 2005, « Le souci de sécurité en psychiatrie », organisée notamment par la Conférence des Présidents de CME de CHS, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM), la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAP-Psy), il était rappelé que « l'hospitalisation, qui reste nécessaire dans certaines situations cliniques, devrait être un temps de soins intensifs de haute technicité avec du personnel très qualifié et en nombre suffisant, ce qui est loin d'être assuré partout avec cette qualité, ni dans la sérénité et la dignité nécessaires » (3).

## Le nécessaire renforcement des compétences des équipes psychiatriques pour prévenir et prendre en charge les situations de violence lors des hospitalisations

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

Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes et les compétences spécifiques dans la gestion de ces situations, sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et le recours à la contention et à l'isolement (4).

La finalité du guide, des programmes et des outils proposés est **de renforcer les compétences des équipes psychiatriques pour prévenir et prendre en charge les situations de violence lors des hospitalisations**. Le développement de ces compétences et, à tous les niveaux, de stratégies de prévention de la violence doit permettre d'éviter autant que possible le recours aux mesures de contention et d'isolement.

### **Un guide, 15 programmes, 14 outils et un rapport bibliographique**

À cette fin, il est proposé aux équipes de psychiatrie **plusieurs documents** pour soutenir leurs démarches d'amélioration des pratiques :

- **un guide** présentant :
  - ▶ le cadrage méthodologique,
  - ▶ les principes et le parcours de prise en charge,
  - ▶ le matériel pédagogique ;
- 15 programmes d'amélioration des pratiques ;
- 14 outils pour l'amélioration des pratiques ;
- un rapport bibliographique qui complète ces documents.

# 1. Cadrage méthodologique

## 1.1 Délimitation du champ du projet

Le périmètre du sujet traité couvre :

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

Le guide, les programmes et les outils pour l'amélioration des pratiques concernent la prise en charge au sein des services de psychiatrie générale. La question des indications d'admission et de la prise en charge en Unité pour malades difficiles (UMD) n'est pas abordée dans ce cadre.

La violence en institution est un phénomène complexe qui relève de multiples facteurs. La conception générale du projet envisage le moment de violence comme une rencontre entre deux trajectoires, celle du patient (antécédents, histoire, contexte personnel et pathologie) et celle des soins (contexte institutionnel, savoirs et attitudes individuels, dispositifs collectifs).

S'attacher spécifiquement à la prévention et à la gestion d'actes de violence dont les auteurs sont des patients ne conduit pas à ignorer :

- les violences dont les personnes atteintes de troubles mentaux sont victimes ; plusieurs études récentes convergent pour souligner la survictimation des personnes souffrant de troubles mentaux graves (elles sont 7 à 17 fois plus fréquemment victimes que la population générale)<sup>1</sup> (1) ;
- le risque de survenue d'actes de maltraitance par des professionnels, même si ces faits n'entrent pas dans le champ de ce travail.

Pour les besoins de ce travail, le groupe de travail a souhaité retenir une définition de la violence<sup>2</sup> qui :

- permette de prendre en compte les divers types de violence (verbale, physique, contre les objets) ;
- ne se prononce pas sur la question, particulièrement difficile en psychiatrie, de l'intentionnalité de l'acte violent.

À ce titre, la définition retenue dans l'ouvrage *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management*, de 2006 (5), adaptant la définition, volontairement descriptive, proposée par Eileen F. Morrison (6) revêt un intérêt particulier :

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

Le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) a retenu une définition similaire de la violence dans le cadre des recommandations publiées en 2015 (7).

<sup>1</sup> Lovell AM, Cook J, Velpy L. La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux : revue de la littérature et des notions connexes. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2015;56(3):197-207.

<sup>2</sup> Pour un développement sur la question des définitions de la notion de violence, cf. note bibliographique, chapitre n° 2 : « Qu'entend-on par « violence » ? Définitions de la violence et classifications des actes de violence en services de psychiatrie ».

## 1.2 Contexte : les incidents violents en service de psychiatrie, quelle réalité ?

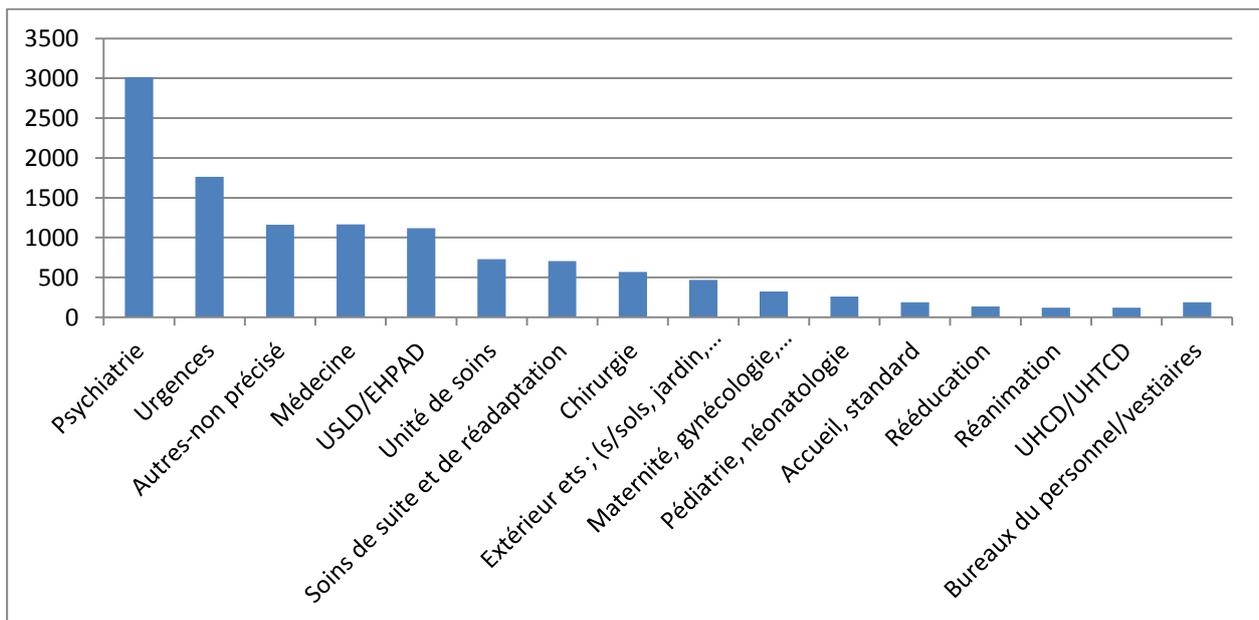
### ► Un phénomène d'ampleur appréhendé au travers d'instruments de mesure non standardisés et de modalités de déclaration des données très hétérogènes

Les enquêtes et études font toutes le constat d'une fréquence importante des incidents violents en service de psychiatrie. Les résultats d'incidence et de prévalence peuvent cependant varier d'une étude à l'autre, car il n'existe pas une définition et une méthode de mesure de la violence partagées par la communauté scientifique internationale et par les milieux professionnels en psychiatrie.

#### → Les déclarations d'incidents

En France, le rapport 2014 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) indique que la psychiatrie apparaît, sur la base des déclarations d'incidents, comme le secteur le plus touché par les incidents violents (24 % des signalements en 2013, 3 012 signalements en psychiatrie en 2013) (8).

**Répartition des événements déclarés en 2013 par lieu ou par service (N = 11 344 incidents déclarés) d'après l'Observatoire national des violences en milieu de santé, 2014 (8)**



L'ONVS précise les limites de ces données : « les éléments statistiques présentés dans ce rapport sont (...) issus des signalements des établissements eux-mêmes sur la base du volontariat. Ils ne prétendent pas à l'exhaustivité, mais représentent un reflet, un instantané de la violence présente au quotidien dans les services » (8).

Dans d'autres pays, les rapports établis sur la base des événements déclarés font apparaître eux aussi la fréquence de la violence dans les services de psychiatrie. Par exemple, le *NHS Protect* montre que sur 68 683 incidents déclarés 47 184 concernaient des services prenant en charge des personnes ayant des troubles psychiques (9).

## → Les études agrégeant des données issues de plusieurs enquêtes

En 2005, Henk Nijman *et al.* ont publié une étude compilant les résultats d'enquêtes conduites dans 5 pays européens sur une période de 15 ans dans 38 services de psychiatrie au moyen d'une échelle standardisée : la *Staff Observation Aggression Scale* (SOAS) (10). L'étude fait apparaître une moyenne de 9,3 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an.

En 2011, l'équipe du *Conflict and containment reduction research programme* a proposé une approximation fondée sur la base d'une agrégation des résultats issus de 122 études, obtenant une moyenne de 11,4 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an (11).

Ces résultats peuvent être traduits schématiquement de la manière suivante : dans une unité d'hospitalisation psychiatrique d'une quinzaine de lits, il y aurait chaque semaine environ 3 incidents violents susceptibles de faire l'objet d'une déclaration.

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

## ► Les victimes : professionnels et patients

Les données d'enquête auprès des professionnels, en particulier des infirmiers, montrent que les professionnels de la psychiatrie subissent fréquemment des violences.

Ainsi, dans l'enquête *Presst-Next* réalisée auprès de 39 898 soignants vivant en Europe, dont 5 376 en France, 47,7 % des infirmiers travaillant en psychiatrie disent être victimes de violences de la part des patients et/ou des familles au moins mensuellement (12). Les enquêtes menées à l'étranger font apparaître des résultats similaires. Par exemple, dans une enquête canadienne, 20,3 % des infirmiers psychiatriques déclarent avoir été agressés physiquement, 43 % menacés, 55 % agressés verbalement au cours de leur dernière semaine de travail (N = 276) (13).

D'autres catégories professionnelles sont concernées, notamment les psychiatres. Dans l'enquête « Santé et satisfaction des médecins au travail » (SESMAT), recueillie auprès de praticiens séniors (médecins et pharmaciens) exerçant des fonctions salariées dans des établissements de santé publics et privés, les psychiatres sont plus nombreux que les autres praticiens à se déclarer victimes de violences au moins mensuellement de la part des malades ou de leur famille (55,1 % vs 27,5 % ;  $p < 0,001$ ) (14).

**Mais on ne saurait oublier que très souvent les autres patients de l'unité de soins sont victimes de violences.** Cette réalité semble avoir été longtemps méconnue. Plusieurs études (15-21) suggèrent que les patients sont tout aussi affectés par la violence des patients que les soignants. On citera notamment :

- une étude prospective australienne publiée en 1993 dans l'*American Journal of Psychiatry* et conduite dans 6 unités psychiatriques sur une période de 6 mois qui montre que sur les 1 302 incidents relevés 507 (39 %) incidents avaient pour victime un patient et 450 (32 %) un professionnel, les 22 % restant relevant de la violence contre les biens (16) ;
- une analyse réalisée en Angleterre dans un établissement pour malades difficiles et portant sur les déclarations d'événements indésirables sur une année qui montre que, sur 5 658 incidents, 2 458 (43,44 %) avaient pour victime un patient et 2 340 (41,36 %) un professionnel. Les visiteurs ou les étudiants étaient beaucoup plus rarement victimes. Dans 15,1 % des cas, la victime n'était pas mentionnée dans le rapport (21).

En France, les données disponibles conduisent à des constats similaires établis dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 qui a mis en lumière en particulier l'existence de cas de violence sexuelle entre patients (22).

## ► Une minorité de patients à l'origine d'une large proportion des incidents

Plusieurs études soulignent qu'une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des violences étudiées (18, 19, 23-27).

- L'étude de Cathy Owen *et al.* « Repetitively violent patients in psychiatric units » publiée en 1998 s'attache au cas des patients auteurs de violences répétées lors de leur hospitalisation. Cette étude

prospective a été menée au sein de 5 unités de psychiatrie en Australie pendant une période de 7 mois. Parmi les 855 patients admis, 174 avaient commis des actes de violence. Parmi ces 174 patients, 20 patients (c'est-à-dire 2,3 % des patients admis) étaient à l'origine de 70 % des incidents violents (25).

- La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* conforte ces constats en se fondant sur l'analyse de 65 études, notant toutefois la grande hétérogénéité des résultats. Aucune agrégation de données n'a été possible (11).

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

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

- les heures et les jours suivant l'admission. Plusieurs études montrent qu'une proportion importante des incidents est liée à des patients récemment admis (18, 26, 28, 29). Ces résultats doivent être rapprochés des constats d'études cliniques montrant le lien entre l'expression de certains troubles psychiatriques en phase aiguë et des phénomènes de violence transitoire<sup>3</sup>, mais aussi des études montrant le lien entre violence et certains facteurs contextuels (cf. plus bas, section sur les facteurs) ;
- l'hospitalisation de longue durée. Ce phénomène est moins connu. Plusieurs études (16, 30) de la revue bibliographique suggèrent que les services accueillant principalement des patients institutionnellement dépendants sont plus touchés que les autres par la violence.
  - ▶ Vaughan J. Carr *et al.* (30) ont par exemple publié une étude sur des données relatives à 5 546 séjours dans 11 unités psychiatriques sur une période de 12 mois. Un relevé des incidents majeurs faisant l'objet d'une déclaration d'événements indésirables, mais aussi des incidents de moindre gravité a été effectué. Les résultats montrent que dans les unités accueillant des patients en hospitalisation de longue durée :
    - le taux d'incidents « sérieux » est deux à quatre fois supérieur que dans les autres unités (unités de psychiatrie générale et une unité spécialisée) ;
    - le taux d'incidents de moindre gravité est six à neuf fois supérieur que dans les autres unités.
  - ▶ Ces résultats sont cohérents avec ceux des études faisant apparaître que les violences lors de l'hospitalisation sont souvent le fait de patients présentant des troubles d'allure neuropsychologique (19, 25)<sup>4</sup>. Le lien entre troubles neuropsychologiques, déficit neurologique et violence persistante a été établi (1, 31)<sup>5</sup>.
  - ▶ Les données françaises non publiées (bilans d'observatoires de la violence par exemple) suggèrent fortement qu'en France aussi les incidents violents sont plus fréquents dans les services de long séjour psychiatrique et concernent souvent des patients en hospitalisation de longue durée<sup>6</sup>. Ainsi, à titre d'exemple, dans l'un des établissements de santé ayant contribué à la documentation du projet de la HAS<sup>7</sup>, sur une série de 100 événements indésirables à type de violence, enregistrés en 2015 dans un Établissement public de santé mentale (EPSM) pendant 6 mois, on note que plus de la moitié (n = 55) concerne des services ou structures accueillant des patients au long cours.

## ► Des facteurs multiples : la clinique, le contexte, l'interaction

La complexité du phénomène de violence lors des hospitalisations psychiatriques est soulignée dans les études, en particulier dans les revues de la littérature (11, 33) qui rendent compte du foisonnement de la réflexion à ce sujet.

<sup>3</sup> Krakowski M, Volavka J, Brizer D. Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr Psychiatry* 1986;27(2):131-48.

<sup>4</sup> Lepage JP, McGhee M, Aboraya A, Murphy J, VanHorn L, Pollard S, *et al.* Evaluating risk factors for violence at the inpatient unit level: combining young adult patients and those with mental retardation. *Appl Nurs Res* 2005;18(2):117-21.

<sup>5</sup> Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004;34(3):433-42 ; Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(6):476-83.

<sup>6</sup> En 2011, les hospitalisations au long cours en psychiatrie (1 an ou plus en continu ou non et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente) ont concerné près de 12 700 patients, ce qui représente 0,8 % des patients pris en charge, mais un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits (32).

<sup>7</sup> Cf. rapport bibliographique fiche 1 : Méthodologie de la recherche documentaire et de l'analyse bibliographique.

Henk Nijman propose de regrouper les facteurs en trois catégories, notant que ces trois types d'explication doivent être combinés pour comprendre le phénomène de violence lors des hospitalisations psychiatriques (34) :

- les facteurs « internes », c'est-à-dire les caractéristiques des patients : pathologies, âge, sexe... (23, 27, 35-40) ;
- les facteurs « externes » : environnement et cultures institutionnelles, architecture, flux et types de patients, temporalité (moment de la journée), formation et expérience des professionnels (17, 41-47) ;
- les explications mettant l'accent sur l'interaction entre les personnes et la situation (48-53).

Des études mettent l'accent sur les circonstances immédiates entourant le déclenchement des incidents (15, 20, 54, 55). La revue de la littérature du *Conflict and containment reduction research programme* (11) identifie 71 études traitant de cette question. 37 d'entre elles mentionnent le refus opposé par l'équipe de soins à une demande du patient, 34 d'entre elles un conflit avec un autre patient comme des circonstances de déclenchement d'incident violent.

### ► Des impacts négatifs

Les impacts des incidents violents sont décrits dans les publications analysées. Les atteintes physiques sont fréquentes puisque, selon l'agrégation réalisée par le *Conflict and containment reduction research programme* sur la base de 30 études, 1 incident sur 3 entraînerait une atteinte physique. Cependant, selon l'étude de Henk Nijman *et al.*, seules 1 à 5 % des agressions donneraient lieu à une prise en charge médicale somatique (10).

L'impact psychologique des agressions chez les professionnels a été étudié : Ian Needham propose une synthèse de 27 études sur le sujet montrant que les sentiments les plus fréquents chez les professionnels exposés à la violence sont l'anxiété, la peur, la colère, le sentiment de culpabilité, la perte de confiance dans leurs compétences professionnelles (56). Une étude portant sur 224 professionnels victimes de violence a mis en lumière des symptômes de stress post-traumatique chez 56 % d'entre eux (57). D'autres études montrent des résultats similaires (58). Ces effets paraissent liés aux violences verbales comme aux violences physiques (59).

Des études françaises (60, 61) et de langue anglaise (62) ont exploré le vécu des soignants victimes. Les professionnels touchés par les incidents ont souvent le sentiment d'être abandonnés par l'institution ou rendus responsables par le reste de l'équipe. Les mécanismes de défense mis en place par les collectifs de travail face à ces événements ont été analysés dans plusieurs publications françaises : désignation de boucs émissaires, fascination, distorsion des communications... (36, 37).

Les conséquences pour les patients des événements violents ont été moins souvent étudiées, même si un nombre croissant d'études s'intéressent au point de vue des patients sur la violence lors de leur hospitalisation (63-65). Les conséquences physiques graves paraissent plus importantes lorsque la victime est un patient (66). Si plusieurs études contribuent à cerner le vécu des patients en isolement ou en contention<sup>8</sup> (67, 68), il y a peu d'études sur celui des patients victimes ou témoins de violence. Deux études mettent en lumière que les patients peuvent être exposés à des faits de violence au cours de leur hospitalisation en psychiatrie (69, 70) et éprouver un sentiment d'insécurité dans un univers vécu comme « volatil » (71).

[Programme 1 - Appréhender la réalité des phénomènes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie](#)

## 1.3 Orientations et principes retenus

Le groupe de travail, composé de professionnels et de représentants des patients et des familles, a souhaité répondre à l'enjeu que constituent ces phénomènes, en mettant à la disposition des professionnels un guide pour les accompagner dans l'élaboration de programmes d'amélioration des pratiques et des compétences.

<sup>8</sup> Hoekstra T, Lendemeijer HHGM, Jansen MGMJ. Seclusion: the inside story. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(3):276-83 ; Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-27 ; Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 2000;31(2):370-7.

Les principes de travail sont :

- de prendre en compte, à toutes les étapes, les patients, la famille et les soignants, dans un cadre respectueux des droits et de la dignité des personnes, et mettre **l'éthique au cœur de la démarche soignante** ;
- de privilégier une **approche médicale et soignante** des moments de violence associés aux troubles mentaux et rappeler l'importance :
  - d'une bonne connaissance de la clinique des troubles mentaux (notamment des troubles schizo-phréniques et bipolaires),
  - d'un repérage des moments critiques de la maladie et de la souffrance du patient,
  - d'une implication du patient dans sa prise en charge, d'une association de l'entourage, avec l'accord du patient,
  - de services de soins cohérents et structurés autour de valeurs communes ;
- de prendre en compte le parcours du patient dans une approche fondée sur la prévention des moments de violence pour :
  - identifier les étapes majeures dans cette prise en charge,
  - identifier les points susceptibles d'être améliorés ;
- de retenir un nombre limité d'objectifs faisant sens pour les professionnels ;
- de privilégier, en regard des objectifs retenus, des **supports et démarches pragmatiques** ;
- de privilégier les **démarches pluriprofessionnelles**, définies par les professionnels eux-mêmes, en lien avec les représentants d'usagers.

## 1.4 Finalité et objectifs du projet

### ► Finalité : renforcer les compétences des équipes psychiatriques

La finalité du projet est **de renforcer les compétences des équipes psychiatriques pour prévenir et prendre en charge les situations de violence lors des hospitalisations**.

Le projet proposé est centré sur **l'équipe médicale et soignante** et ses besoins de développement des compétences individuelles et collectives<sup>9</sup>.

### ► Objectif opérationnel : des supports pour les démarches d'amélioration des équipes en psychiatrie

La HAS s'est donné pour objectif de mettre à la disposition des professionnels des outils, pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes, lors des hospitalisations en service de psychiatrie.

Plusieurs documents sont mis à disposition : un guide, des programmes et des outils pour l'amélioration des pratiques.

Ces documents sont mis à la disposition des équipes pour qu'elles puissent construire elles-mêmes, de manière progressive, des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, adaptées à leurs spécificités et contraintes.

**Ces démarches entreprises par les équipes pour améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge seront :**

- élaborées par l'équipe, avec l'apport des représentants des usagers, à partir d'un ensemble d'éléments de bonne pratique et d'outils proposés par la HAS ;
- en lien avec les besoins ressentis par les professionnels et les enjeux de la prise en charge des patients ;

<sup>9</sup> La notion de compétence recouvre non seulement les savoirs acquis, théoriques et pratiques, mais également leur mise en œuvre en situation professionnelle, allant jusqu'à l'évaluation de leur mise en pratique (évaluation des pratiques professionnelles et accréditation des médecins). La compétence collective d'équipe prend en compte les différentes compétences individuelles en interaction avec le contexte organisationnel et le management des compétences.

- dotées d'objectifs explicites d'amélioration, correspondant aux principaux leviers pour améliorer la qualité des soins ; il s'agit de trouver l'équilibre entre des objectifs ambitieux pour la qualité et la sécurité des soins et des projets modestes pouvant être menés à leur terme, avec une progression à petits pas ;
- menées dans un cadre pluriprofessionnel ;
- inscrites dans une progressivité pluriannuelle, prenant en compte les réalités du terrain et ses contraintes ;
- facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels ;
- évaluées par l'équipe (objectifs définis, indicateurs de suivi).

**15 objectifs d'amélioration, traduits en 15 « programmes d'amélioration », ont été définis à partir :**

- des enjeux de la prévention initiale des moments de violence, à l'accueil du patient et en cours d'hospitalisation (4 programmes) ;
- des enjeux de la prévention secondaire, lorsqu'une crise doit être désamorcée (1 programme) ;
- des enjeux de la prévention tertiaire (3 programmes) ;
- des enjeux transversaux de la prévention de la violence : les valeurs partagées, le rôle de la gouvernance, la dynamique d'équipe, le développement des compétences, etc. (7 programmes).

**Il n'y a pas de hiérarchie dans l'utilisation des programmes** ; ils doivent s'intégrer dans un programme pluriannuel construit par les équipes progressivement, à petits pas, en fonction de leurs propres besoins en termes d'amélioration des connaissances et des compétences.

La mise en œuvre de chacun des programmes peut être facilitée par des **outils** : outils d'évaluation et d'amélioration déjà existants (méthodes d'amélioration, de gestion des risques), outils définis spécifiquement pour soutenir l'atteinte d'un ou plusieurs objectifs de prévention et de gestion des moments de violence en psychiatrie.

**14 outils spécifiques pour l'amélioration des pratiques** ont été définis.

Les démarches proposées prennent toute leur place dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et celui de la certification des établissements de santé.

## **1.5 Les documents du projet « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie »**

Il est proposé aux équipes de psychiatrie **plusieurs documents** pour soutenir leurs démarches d'amélioration des pratiques :

- **un guide** présentant la démarche du groupe de travail, les principes fondant une démarche de prévention et de gestion de la violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie, les **étapes de la prise en charge** et une présentation du matériel pédagogique ;
- un document présentant les 15 programmes d'amélioration des pratiques ;
- 14 outils pour l'amélioration des pratiques ;
- **un rapport bibliographique** qui complète ces documents.

► Les 15 programmes

## 15 programmes d'amélioration des pratiques

VIOLENCE EN HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

### Les fondamentaux

P 1

Appréhender la réalité des phénomènes de violence dans les services d'hospitalisation en psychiatrie

P 15

Actualiser et renforcer les connaissances et les compétences fondamentales des professionnels

### Programmes transversaux

P 10

Mettre en place, en continu, une gestion des risques

P 11

Construire une dynamique d'équipe

P 12

Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement

P 13

Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bientraitance

P 14

Prévenir et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation de longue durée

### Prévention initiale

P 2

Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation

P 3

Impliquer le patient dans sa prise en charge  
Améliorer l'accueil du patient

P 4

Accueillir la famille et l'entourage

P 5

Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information

### Prévention secondaire

P 6

Prévenir et gérer la crise

### Prévention tertiaire

P 7

Reprendre un incident avec le patient

P 8

Reprendre un incident en équipe

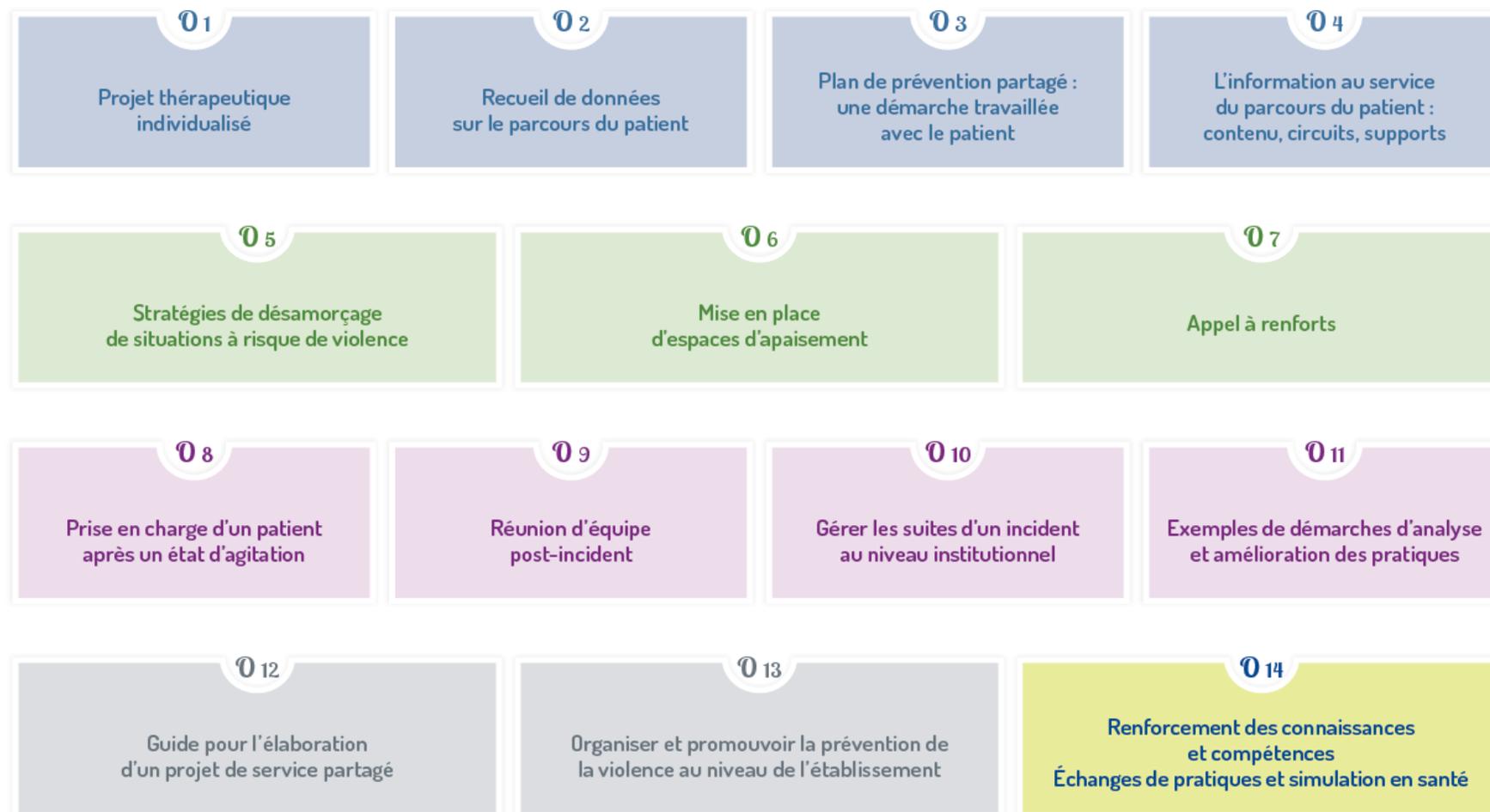
P 9

Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel

► Les 14 outils

## 14 outils d'amélioration des pratiques

### VIOLENCE EN HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE



## 2. Principes et parcours de prise en charge

### 2.1 Les valeurs, le soutien institutionnel et la dynamique d'équipe, un fil rouge transversal

Au sein d'un établissement de santé, une démarche de prévention et de gestion des moments de violence associés aux troubles mentaux est soutenue par trois dimensions :

- les valeurs partagées pour l'ensemble des soins et déclinées autour de la question des moments de violence associés aux troubles mentaux ;
- le soutien institutionnel et le rôle de la gouvernance ;
- la dynamique d'équipe.

Il est difficile de parvenir à un développement complet de ces trois dimensions, dans une réalité contrainte. Il est néanmoins important de mettre en lumière les points à travailler en priorité, dans le cadre d'une démarche de prévention de la violence.

#### ► Les valeurs partagées pour l'ensemble des soins et déclinées autour de la question des moments de violence associés aux troubles mentaux

##### → Les valeurs partagées :

- le respect du patient et la reconnaissance de sa maladie ;
- le respect des libertés individuelles ;
- la relation de confiance avec le patient ;
- une sécurité satisfaisante pour tous ;
- l'esprit d'équipe ;
- la relation de confiance avec les familles et les proches.

Certaines valeurs doivent tout particulièrement être portées par l'établissement et par les équipes :

- **le respect du patient** et la reconnaissance de sa maladie :
  - le principe du respect de la personne et de son autonomie est au fondement des orientations et des décisions qui concernent le patient, reposant sur ses préférences, ses valeurs et sa participation, la connaissance de son histoire et de son parcours, tout en prenant en compte la sécurité des autres patients, de la famille, de l'entourage et des soignants,
  - la dignité du patient doit être respectée à toutes les étapes de son accompagnement,
  - la mise en place d'une alliance thérapeutique est recherchée,
  - une lecture clinique et contextuelle des moments de violence doit être privilégiée,
  - après un moment de violence, on doit toujours avoir en perspective la nécessité de restaurer la relation avec le patient en reprenant avec lui le sens de l'épisode ;
- le respect des libertés individuelles :
  - les droits des patients et les droits fondamentaux sont connus des professionnels et les patients en sont informés,
  - les restrictions des libertés individuelles sont soumises à une évaluation clinique régulière, individualisée et formalisée, si possible plusieurs fois par jour et au minimum une fois par jour. Ces restrictions de liberté doivent être limitées le plus possible. Elles sont portées à la connaissance du patient et lui sont expliquées ;
- **une sécurité** satisfaisante pour tous (patients, professionnels, visiteurs) :
  - la protection du patient passe par la prise en compte de la sécurité des autres patients de l'unité et des professionnels,
  - la protection est à assurer tout particulièrement pour les patients les plus vulnérables (22, 72) ;
- **l'esprit d'équipe** tourné notamment vers la cohésion de l'équipe ;

- la relation de confiance avec les familles et les proches :
  - le patient n'est pas en général un individu isolé, il est membre d'un groupe familial dans lequel le projet thérapeutique vise à le réinsérer le plus harmonieusement possible ; cela passe par le lien et la confiance avec la famille et les proches.

[Programme 3 - Impliquer le patient dans sa prise en charge. Améliorer l'accueil du patient](#)

[Programme 4 - Accueillir la famille et l'entourage](#)

[Programme 11 - Construire une dynamique d'équipe](#)

[Programme 12 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)

[Programme 13 - Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bientraitance](#)

## ► Le soutien institutionnel et le rôle de la gouvernance

### → Le soutien institutionnel et le rôle de la gouvernance :

- le fonctionnement institutionnel ;
- la promotion de la bientraitance et de la qualité de vie au travail ;
- le management de la qualité et de la sécurité des soins ;
- libertés, sécurité, sollicitude envers les victimes.

La violence ne se résume pas à un problème individuel et doit être abordée comme un problème collectif. Les réponses appropriées ne sont pas uniquement techniques, mais se situent au niveau de l'institution et des valeurs qu'elle porte. La prévention et la gestion de la violence doivent ainsi faire l'objet d'une démarche institutionnelle impliquant l'ensemble des acteurs d'un établissement de santé.

Des stratégies globales de réduction de la violence en établissement de psychiatrie ont été conçues et évaluées à l'étranger (73, 74). Le groupe de travail s'est appuyé sur ces données, mais aussi sur les expériences des établissements français.

Ont été identifiés certains objectifs à poursuivre par la gouvernance des établissements, afin de soutenir les équipes de soins en matière de prévention et de prise en charge des moments de violence.

### *Le fonctionnement institutionnel*

Dans ce domaine les objectifs sont :

- d'assurer le bon fonctionnement des instances et **la participation des usagers** à la vie institutionnelle ;
- de faciliter **la circulation de l'information** à tous les niveaux de son organisation dans le respect des droits des patients ;
- de prévoir **une politique de partenariat** et de partage d'expériences avec les acteurs sanitaires et sociaux et les réseaux ;
- de mettre en place des démarches de type « observatoires de la violence » en établissement de santé, en définissant clairement les missions et les champs d'application.

### *La promotion de la bientraitance et de la qualité de vie au travail*

Dans ce domaine les objectifs sont :

- d'accompagner une culture collective de questionnement permanent et d'adaptation continue des attitudes de **bientraitance** (75, 76) ;
- de mettre en place une démarche institutionnelle relative à **la qualité de vie au travail** et aux risques professionnels ;
- de promouvoir des **espaces de discussion** permettant d'aborder l'ensemble des situations quotidiennes de travail et d'hospitalisation ;
- de hiérarchiser les priorités dans l'institution : une **présence soignante directe** auprès des patients ou dans la conduite des projets de soins doit être privilégiée avant toute réunion ou activité à caractère général ou administratif.

## *Le management de la qualité et de la sécurité des soins*

Dans ce domaine les objectifs sont :

- d'aborder la violence comme un problème collectif et multifactoriel ;
- d'aborder la violence dans une approche de **prévention** ;
- de renforcer la politique de **gestion des risques** (cartographie des risques et suivi des événements indésirables, etc.) ;
- d'encourager des **démarches d'amélioration des pratiques**, élaborées et menées en équipe ;
- de favoriser le **développement et l'utilisation par les équipes de soins d'outils** de prévention et de gestion de la violence et de développement de la bientraitance ;
- de développer des formations spécifiques, surtout pour les jeunes professionnels.

## *Libertés, sécurité, sollicitude envers les victimes*

Dans ce domaine les objectifs sont :

- de garantir le respect des **libertés individuelles** des patients et leur sécurité dans un lieu le plus ouvert possible ;
- d'assurer la **sécurité des biens et des personnes** (par exemple : présence d'un système d'alarme individualisé (protection du travailleur isolé)) ;
- de reconnaître et protéger les personnes (autres patients, soignants) quand elles sont **victimes de violences** ; **les accompagner** par un soutien psychologique et juridique.

[Programme 5 - Améliorer la collecte des données sur le patient et le circuit de l'information](#)

[Programme 12 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)

[Programme 13 - Promouvoir les droits des patients, les démarches éthiques et de bientraitance](#)

[Outil 13 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)

## ► La dynamique d'équipe

### → La dynamique d'équipe :

- les valeurs communes et le projet collectif ;
- le fonctionnement d'équipe ;
- la place des usagers ;
- l'architecture du service.

Les défaillances de communication et du travail d'équipe jouent un rôle majeur dans la survenue des événements indésirables (erreurs, dysfonctionnements)<sup>10</sup>.

*A contrario*, l'équipe fonctionne comme une « barrière de sécurité »<sup>11</sup>. L'équipe est aussi le lieu où s'élaborent la bientraitance des patients et la qualité de vie au travail des professionnels. Des programmes ont vu le jour afin de développer cette fonction de protection et la dynamique d'amélioration au niveau du service de soins, « là où se rencontrent les patients, les familles et les professionnels »<sup>12</sup> (77).

Les équipes de psychiatrie sont particulièrement concernées.

Les études disponibles montrent les liens complexes qui lient les incidents violents en service de psychiatrie et la qualité du fonctionnement des équipes.

<sup>10</sup> Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186-94.

<sup>11</sup> Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53(2):143-51.

<sup>12</sup> PACTE : programme d'amélioration continue du travail en équipe.

**L'enquête NEXT** (PRomouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – *Nurses' early exit study*) (78) a montré que les facteurs d'insuffisance du travail d'équipe étaient prépondérants dans les phénomènes de violence en service de psychiatrie : manque de temps de relèvement, interruptions fréquentes, ordres contradictoires, mauvaises relations avec l'encadrement, isolement dans le travail, pression du temps, organisation inappropriée, etc.

Une étude qualitative ***Violence and social structure on mental hospital wards***, réalisée aux États-Unis au début des années 1990, à partir d'une observation de plusieurs services sur une période de 38 mois (79), faisait déjà ce constat en mettant en lumière que les « barrières » contre la violence dans les services de psychiatrie sont : une philosophie du soin et une démarche « centrée patient », l'implication du *leadership*, la structuration du cadre de fonctionnement et des activités du service, les espaces de discussion entre patients et soignants, et la valorisation des professionnels et de leurs compétences.

Une étude ***Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards***, fondée à la fois sur des méthodes qualitatives et quantitatives, menée au cours d'une période de 2 ans au sein de 16 unités psychiatriques à Londres, renforce ces constats (53). Les chercheurs ont pu mettre en lumière des liens entre l'évolution de la fréquence des incidents violents et les changements intervenus au sein de l'équipe dans les 6 mois précédant l'évolution constatée. Ainsi, l'introduction de démarches soignantes innovantes, l'amélioration de l'environnement physique, le recrutement d'un chef de service ou d'un cadre dont le *leadership* est perçu positivement sont associés à une décroissance significative des incidents. À l'inverse, une augmentation du stress de l'équipe liée à un événement tel que le suicide d'un patient, une augmentation de la charge de travail ou du *turn-over* sont associés à une augmentation significative des incidents violents.

Pour être rassurante, une équipe doit elle-même être rassurée par une organisation, des champs d'intervention et des objectifs soignants clairement définis. Un service apaisé, au cadre bien défini, dont le suivi des projets individualisés est quotidiennement adapté, sera moins exposé aux passages à l'acte. L'équipe sera plus à même d'observer l'évolution clinique des patients et de leur apporter des réponses appropriées, ayant une meilleure « capacité d'anticipation ». Elle pourra mieux se positionner pour entendre les différentes demandes de patients, et les intégrer comme facteur à part entière de l'évolution du projet de soins. Un environnement bienveillant qui mise sur la qualité de la relation établie avec le patient reste la meilleure prévention de la violence sur un plan général. Il est donc particulièrement important que les services et unités d'hospitalisation se réfèrent à une éthique, à une philosophie du soin et à un projet de service clairement posés et partagés (80, 81).

Ces valeurs et ces objectifs relèvent d'une réflexion partagée par tous les membres de l'équipe pluriprofessionnelle, d'évaluations et d'ajustements pour améliorer les pratiques.

Cette démarche est d'autant plus indispensable que les professionnels travaillent dans un contexte de tensions sur les moyens et les effectifs.

Le positionnement des responsables d'équipe est déterminant. La présence médicale doit être suffisamment importante pour réévaluer régulièrement les évolutions des patients et les projets de soins. L'implication médicale doit être incarnée par des psychiatres ayant une certaine expérience pour anticiper les situations de crise cliniques ou institutionnelles et les régler le plus efficacement possible en entretenant un climat général serein.

Il est préconisé de mettre en particulier l'accent sur les points suivants :

***Les valeurs communes et le projet collectif :***

- la construction d'un cadre de fonctionnement commun : ce cadre permet à l'équipe de se consacrer au travail thérapeutique ;
- un projet de service, incluant des valeurs de continuité, de dignité et de respect des droits des patients, précisant les rôles et soutenant la définition des projets thérapeutiques des patients ;
- la constitution d'une culture commune par l'acquisition d'un langage commun, par le travail de formation, par la connaissance et l'utilisation des différents éclairages théoriques ;
- la reconnaissance par l'équipe et les responsables à tous niveaux de la relation comme outil de soin.

#### *Le fonctionnement d'équipe :*

- une présence active de l'encadrement et une implication médicale forte dans cette dynamique ;
- la valorisation de chaque professionnel au sein de l'équipe, notamment par la reconnaissance des compétences, des potentialités et des limites de chacun ;
- des temps d'échanges institués, notamment pour des évaluations collectives des incidents violents et la mise en œuvre d'actions d'amélioration par l'équipe ;
- un partage et une transmission des informations sur les patients et les stratégies thérapeutiques dans le respect des droits des patients ;
- un fonctionnement pluriprofessionnel prenant en compte la diversité et la complémentarité des expériences et des compétences ; une attention particulière sera portée à la composition et à l'équilibre des équipes (junior/sénior, hommes/femmes) ;
- la cohérence des formations des différents professionnels au sein de l'équipe, en prenant en compte des démarches professionnelles intégrées aux pratiques, en lien direct avec les situations cliniques réelles.

#### *La place des usagers :*

- des activités formalisées, proposées aux patients au quotidien, et du travail informel avec eux, fondamental, au cœur de la prévention des phénomènes de violence : permanence, veille, immersion, activités informelles, etc. ;
- une vie collective permettant l'instauration de réunions de groupes de parole soignants/soignés, notamment pour les séjours prolongés ;
- un lien établi avec les représentants des usagers et la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), un travail avec des acteurs extérieurs au service (par ex. : psychologue d'un autre service, pharmacien, ergothérapeutes, etc.).

#### *L'architecture du service :*

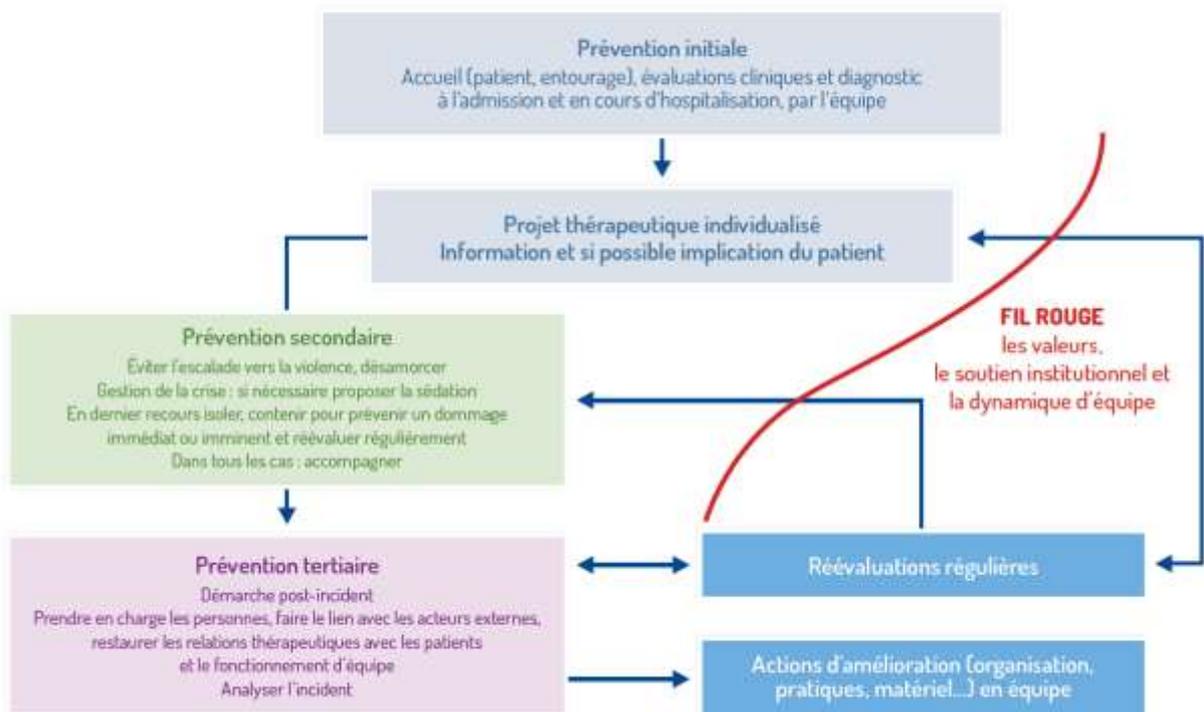
- autant que possible, un aménagement des espaces favorisant la sécurité, le bon déroulement des soins, le bien-être des patients et des professionnels, la différenciation des lieux (bureaux, espaces de soins, espaces privatifs, d'apaisement, de repos, de loisirs, etc.), notamment afin d'identifier un espace à vivre pour chacun sans confrontation au groupe et permettant de protéger les plus vulnérables (82).

| [Programme 11 - Construire une dynamique d'équipe](#)

| [Outil 12 - Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé](#)

## 2.2 Le parcours de prise en charge du patient : une approche en trois étapes fondée sur la prévention des moments de violence dès l'accueil du patient

### Représentation des étapes de la prévention et de la prise en charge des moments de violence lors des hospitalisations en services de psychiatrie



## ► Prévention initiale au stade de l'accueil et de l'admission et en cours d'hospitalisation

### → L'accueil du patient

*Un dispositif pour anticiper et préparer l'admission lorsque cela est possible :*

- ▶ prendre en compte deux situations différentes, selon qu'il s'agit d'un patient déjà connu ou d'un nouveau patient ;
- ▶ recueillir des informations sur le patient (antécédents et examen clinique) par interrogation du patient, de ses proches et des professionnels qui le connaissent, si possible en amont de l'admission et afin de préparer l'évaluation initiale :
  - les intervenants extérieurs (médecin traitant, psychiatre, professionnels des établissements médico-sociaux ou sociaux, éventuel curateur ou tuteur, etc.) et personnes ressources (famille, proches, personne de confiance, etc.) doivent être clairement identifiés dans le dossier du patient. Avec l'accord du patient, ils sont associés à l'évaluation du patient, ainsi qu'à sa prise en charge ;
- ▶ personnaliser l'accueil : s'assurer notamment, en cas d'hospitalisation du patient, de la prise en charge de l'entourage si besoin, des enfants, des parents âgés, sans oublier les animaux qui peuvent être des motifs importants de préoccupation pour les patients et des sources de malentendus entre les patients et les soignants.

### *L'organisation du temps d'accueil :*

Le patient doit être accueilli dans un environnement dédié, bienveillant, avec empathie et respect. L'accueil consiste à recevoir les personnes et à les guider tout au long de leur prise en charge<sup>13</sup>. Il s'agit notamment :

- d'informer le patient :
  - ▶ des motifs de son hospitalisation et des modalités de celle-ci (soins libres-SL, Soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent-SPDT, Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat-SPDRE),
  - ▶ de ses droits, notamment ceux relatifs à la personne de confiance,
  - ▶ des règles de vie dans l'institution,
  - ▶ des perspectives thérapeutiques.

Ce temps d'information du patient devra être tracé et pourra servir de support pour constituer un contrat de soins avec le patient et conforter l'alliance thérapeutique. Le livret d'accueil remis et commenté au patient est une des sources de cette information à délivrer ;

- d'informer la famille dans le respect des droits du patient, en particulier des procédures mises en place pour le patient au début de l'hospitalisation et des préconisations pour les visites des familles ; présenter les référents identifiés s'il y a lieu et faciliter les rencontres entre les familles et l'équipe soignante par une anticipation de l'organisation et de la planification ;
- d'organiser le recueil des informations concernant le patient :
  - ▶ les professionnels participant à la prise en charge doivent pouvoir identifier, facilement dans le dossier, les informations relatives au risque de comportement violent,
  - ▶ les professionnels doivent pouvoir tracer les informations relatives au contexte de l'hospitalisation à partir d'entretiens réalisés auprès du patient et/ou de ses proches, mais aussi des professionnels directement impliqués en amont de l'hospitalisation (médecin traitant, pompiers, SAMU, police, centre médico-psychologique-CMP, autre établissement, etc.),
  - ▶ de même, l'entretien clinique auprès du patient permet de cerner son discours (forme et contenu), la qualité de son contact, son comportement, sa position face à la perspective de soins ;
- de prévoir un temps d'observation suffisant ;
- de favoriser l'adaptation à l'hospitalisation (par ex. : proposer un patch nicotinique aux patients fumeurs).

<sup>13</sup> Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf)

## → La démarche d'évaluation pluriprofessionnelle, médicale et paramédicale

Il s'agit de mettre en place, en dehors de la phase aiguë, une démarche permettant :

- de reconstituer avec le patient, son entourage et en équipe son histoire, et d'évaluer son état clinique actuel ;
- de faire le point avec le patient sur ses prises en charge antérieures ;
- de réévaluer régulièrement l'évolution clinique du patient ;
- d'analyser avec le patient comment il gère la frustration, la colère.

Le dossier du patient doit être organisé de manière à retrouver facilement les différentes catégories d'informations.

Lorsque des facteurs de risques de violence sont identifiés, mettre en œuvre une évaluation clinique plus approfondie du risque de comportements violents, en y associant le patient.

L'évaluation clinique doit s'inscrire dans une perspective longitudinale, en intégrant le passé, le présent, mais aussi le futur envisagé par le patient, notamment au travers de ses projets qui peuvent être réalistes ou voués à l'échec. Plusieurs domaines doivent être explorés :

### L'histoire clinique

Seront recherchés :

- les troubles psychiatriques :
  - diagnostic actuel,
  - symptômes,
  - histoire de la maladie,
  - antécédents psychiatriques,
  - limites intellectuelles,
  - conscience des troubles,
  - prise du traitement et réponse thérapeutique,
  - consommation, abus ou dépendance à des substances psychoactives. Le repérage systématique de la consommation de substances psychoactives est indispensable. Il se fera par un examen clinique minutieux et, si besoin, des examens complémentaires lors du suivi et des situations de crise,
  - attitude envers les soins, le médecin psychiatre, l'équipe soignante, l'entourage, les autres patients, les traitements, l'hospitalisation ;
- les troubles de la personnalité ;
- les troubles somatiques ;
- les facteurs de risque particuliers (risque suicidaire, risque de violence notamment).

On recherchera systématiquement les comorbidités (abus ou dépendance à l'alcool ou d'autres substances, personnalité antisociale, antécédents neurologiques et notamment, de traumatisme crânien ou d'épilepsie, etc.), dans une approche globale et dynamique de la personne.

Devant tout patient souffrant de troubles mentaux, il est important d'effectuer un examen somatique, de rechercher une confusion mentale et d'évaluer les fonctions cognitives. Il faut demander des examens complémentaires devant toute symptomatologie atypique qui pourrait être l'expression clinique d'un trouble neurologique ou d'une autre maladie somatique.

## La personne

L'exploration concernera :

- les éléments d'histoire personnelle (traumatismes dans l'enfance...) ;
- le mode de vie ;
- le comportement social ;
- les facteurs de stress.

## Les aspects relationnels et situationnels

Seront pris en compte :

- la relation thérapeutique antérieure ;
- l'accueil initial : phase de l'évolution clinique, état présent, circonstances de l'hospitalisation ;
- l'évaluation de la vie quotidienne en institution, en tenant compte de l'environnement du service, des autres patients accueillis.

## Le rapport à la violence

Il convient d'aborder systématiquement le thème de la violence lors d'un premier contact clinique, comme le précise le texte de l'audition publique de 2011 de la HAS sur la dangerosité psychiatrique (recommandation n° 39) (1).

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

L'association des trois facteurs de risque suivants sert de point d'appel pour une évaluation plus approfondie (1, 7, 83) :

- antécédents de violence et de comportements impulsifs ;
- trouble mental sévère (troubles psychotiques, troubles de l'humeur) ;
- antécédents ou consommation d'alcool et/ou de drogues.

Une évaluation spécifique sera menée si un risque de violence est identifié (7, 37, 40, 84-86). Elle devra évaluer à la fois :

- les facteurs statiques (antécédents de violence, délinquance précoce, personnalité antisociale notamment) ;
- les facteurs dynamiques (introspection difficile, symptômes actifs de maladie mentale grave, mauvaises relations avec l'équipe soignante notamment) ;
- les éléments déclencheurs (visites, proximité excessive avec les autres patients notamment) ;
- les signaux d'alerte (agitation psychomotrice croissante, retrait, etc.) ;
- les facteurs de protection (contrôle émotionnel, personnes ressources dans l'entourage notamment) ;
- les stratégies de retour au calme, si possible identifiées par le patient lui-même.

La littérature suggère l'intérêt d'une intégration en routine d'outils d'évaluation du risque dans une démarche d'équipe pluriprofessionnelle (87). Ce type d'instruments favorise l'utilisation d'un langage commun et améliore la communication en matière de gestion des comportements violents. Leur utilisation nécessite une formation. Ils viennent en complément des entretiens cliniques. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les guides d'entretien semi-structurés, tels que *the Historical Clinical Risk Management 20 item scale* (HCR-20), sont préférables aux échelles actuarielles, car ils prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps (1, 88).

L'audition publique de 2011 de la HAS « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur » (1) a posé les principes d'une démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents :

- en institution, on anticipera autant que possible les risques de passage à l'acte violent en analysant les circonstances des violences et en conservant leur trace dans le dossier, pour en identifier et prévenir les circonstances favorisantes ;
- l'évaluation du risque de violence relève d'une démarche clinique rigoureuse, renouvelée de façon régulière, en considérant le sujet dans son histoire et son environnement de façon dynamique ;
- la dimension éthique est importante à considérer, avec un questionnement serein et une distanciation tenant compte de l'importance des émotions et contre-attitudes désorganisantes pour l'équipe soignante ;
- le sens clinique, la rigueur sémiologique et la prise en compte de la complexité systémique peuvent être assistés par des outils d'évaluation, même s'ils ne peuvent se limiter à l'usage de ces outils.

| [Programme 2 - Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation](#)

| [Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient](#)

### → Place de la famille et de l'entourage

Il est souhaitable d'établir un lien de confiance avec l'entourage du patient (aidants familiaux de première ligne : parents, fratrie, conjoint, etc.) et éventuellement des proches (en particulier si une personne de confiance est désignée), gage d'un partenariat efficace : transmission des informations, partage sur le parcours dont la famille est bien souvent, en pratique et dans la durée, gestionnaire.

De là, il est nécessaire :

- de mieux accueillir la famille dans « l'univers » de l'hôpital, pouvant être perçu comme un lieu inconnu, inhospitalier et déroutant ;
- de recevoir la famille : avec ou sans le patient, en veillant à recueillir son accord et à lui restituer l'entretien lorsqu'il se déroule sans lui ;
- d'adopter une attitude ouverte, bienveillante, de créer un lien de confiance.

Dans tous les cas, l'équipe doit avoir pour préoccupation le maintien ou la restauration de la relation du patient avec son entourage. En ce qui concerne la famille, il est utile de savoir :

- ce qu'elle connaît du patient ;
- comment elle vit avec le patient ;
- comment elle a vécu les circonstances de l'hospitalisation ;
- comment elle vit la maladie psychiatrique du patient (en particulier la fratrie) ;
- ses représentations et attentes, en particulier ce qu'elle attend de l'hospitalisation.

Il est préférable que cette démarche se déroule de manière progressive, afin d'éviter un feu roulant de questions. La première étape consiste, sans doute, en la création d'une alliance thérapeutique qui permettra de nourrir ce recueil de données. Il faut permettre à l'entourage de trouver la bonne distance et poser le mot « maladie » sur le comportement déconcertant du patient.

| [Programme 4 - Accueillir la famille et l'entourage](#)

### → Point de vue et place du patient

Il est important d'associer le patient aux analyses et décisions qui le concernent, afin qu'il soit acteur à part entière de sa prise en charge, quelle que soit la modalité d'hospitalisation. Les principes de la « décision partagée » et des démarches centrées sur le patient qui se développent dans le champ des maladies chroniques ont un intérêt particulier pour les patients en psychiatrie (89, 90).

Cela implique :

- de partager les informations de manière bilatérale ;
- de soutenir le patient pour qu'il exprime ses préférences, son ressenti, ses éventuelles difficultés, ainsi que son analyse de l'évolution de sa situation et de sa prise en charge ;
- de faire participer, autant que possible, le patient à la construction des objectifs thérapeutiques et aux choix concernant son traitement.

Comme cela a été dit, la question de la violence doit être abordée avec lui par des questions simples qui concernent ses éventuelles pertes de contrôle. Si des facteurs de risque sont identifiés, il peut être proposé au patient, et selon l'évolution de son état, de participer à l'élaboration d'un plan de prévention individualisé.

Celui-ci consiste à repérer et à tracer avec le patient, les éventuels facteurs de risque individuels de violence, les signes précurseurs, les circonstances déclenchantes, les facteurs de protection, et à établir avec lui les stratégies d'apaisement efficaces (91, 92).

Des questions simples, posées au cours d'un entretien, permettront d'identifier avec lui :

- ce qui peut l'amener à perdre le contrôle de lui-même (facteurs de risque et circonstances déclenchantes) ;
- comment se manifestent ces pertes de contrôle (signes précurseurs) ;
- ce qui peut l'aider à retrouver son calme (stratégies d'apaisement, éventuellement de sédation).

Ce plan de prévention permet une reconnaissance précoce par le patient des signes avant-coureurs des comportements potentiellement agressifs ou violents et favorise la reprise de contrôle (92, 93). Il permet au patient, entre les moments critiques, de donner son assentiment à une conduite à tenir appropriée en prévision d'accès ultérieurs<sup>14</sup>. Il participe à la prévention de la violence et limite le recours à la contention et à l'isolement (94, 95).

| [Outil 3 - Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient](#)

## → **Projet thérapeutique individualisé**

Le projet thérapeutique comprend l'ensemble des soins relationnels, techniques et chimiothérapeutiques proposés au patient.

Le patient est autant que possible partie prenante de sa construction avec, en perspective, sa participation aux soins et l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Il s'appuie sur une évaluation de l'équipe soignante à partir d'entretiens médicaux, d'entretiens infirmiers avec le patient et d'éléments cliniques tirés de l'observation quotidienne dans le service ; il doit être facilement identifié dans le dossier du patient.

Il est impulsé et coordonné par le médecin référent qui en assume la décision sous sa responsabilité.

La création et l'actualisation régulière de projets thérapeutiques, bien définis et partagés au sein d'une équipe, sont des éléments structurants pour la cohésion d'une équipe et sa sécurisation. Ce sont des facteurs de prévention de la violence en psychiatrie (79).

| [Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé](#)

### Finalité :

- reconstituer avec le patient les éléments synthétiques de son histoire clinique actuelle et ancienne ;
- associer le patient aux analyses et décisions qui le concernent ;
- maintenir la continuité de la prise en charge, éviter les ruptures tout au long de la trajectoire du patient ;
- définir avec le patient les objectifs thérapeutiques, dans la perspective de sa sortie, selon trois axes :
  - accompagner le patient dans le parcours de soins, de l'accueil vers la sortie,
  - accompagner le patient dans son projet de vie,
  - accompagner le patient dans la gestion de ses émotions et, si indiqué, dans la prévention de ses moments de violence ;
- tracer les éléments de la prise en charge et les suivre régulièrement ;

<sup>14</sup> Certains pays ont mis en place un dispositif de directives anticipées en psychiatrie disposant d'une valeur et d'un statut juridique (92).

- réévaluer régulièrement, avec le patient, les objectifs thérapeutiques et les prises en charge.

#### Contenu :

- motif d'hospitalisation, cadre et durée prévisible de l'hospitalisation et histoire actuelle ;
- connaissance de la maladie et de la situation clinique ;
- facteurs de risque et éléments de prévention du risque (y compris du risque de violence) ;
- objectifs thérapeutiques et prises en charge proposées :
  - les éventuelles mesures de limitation des libertés individuelles qui doivent être individualisées, réévaluées régulièrement, et évolutives,
  - le suivi à la sortie.

#### → Suivi en cours d'hospitalisation et préparation de la sortie

- En cours d'hospitalisation, prévoir :
  - des réévaluations régulières ;
  - le suivi des progrès cliniques (96).

L'organisation de la sortie doit être prévue le plus tôt possible et, si possible, en tout début d'hospitalisation :

- le suivi du patient à sa sortie s'appuie notamment sur le CMP, le psychiatre référent public ou privé, un infirmier référent, le médecin traitant. En lien avec la famille, les proches, les établissements ou services médico-sociaux ;
- on soulignera l'importance d'une information du médecin traitant, notamment par l'envoi de lettres de liaison et de comptes rendus d'hospitalisation dans un délai court ;
- pour les patients présentant des risques de violence hétéroagressive, le suivi doit être resserré dans les 20 semaines suivant une hospitalisation (1).

#### ▶ Prévention secondaire : éviter l'escalade vers la violence, gérer la situation lorsque la violence est là

##### [Programme 6 - Prévenir et gérer la crise](#)

Tout service de psychiatrie peut être concerné par des manifestations agressives chez les patients. Lorsque l'on constate une montée des tensions, la meilleure réponse est l'anticipation de ces situations et la possibilité de les désamorcer. Il existe des stratégies de « désamorçage » dont l'objectif est de réduire le risque de violence grâce à la mobilisation de compétences de communication verbale et non verbale (7, 97-102). On peut ainsi, le plus souvent, éviter une escalade vers la violence et rétablir le lien avec le patient sans avoir recours à des mesures de contention ou d'isolement.

Pour cela, le pivot de l'intervention doit être le lien établi avec le patient et la reconnaissance de ce qui est perçu comme insupportable pour le patient. La capacité d'être en lien et la communication sont des facteurs de protection contre l'émergence de la violence (103). Le « désamorçage » consiste à ce que le patient puisse reprendre pied dans une nouvelle situation où il ne se sent plus menacé, trouvant un appui solide chez un soignant qui lui permette de trouver des alternatives à la violence et de restaurer la relation à l'autre.

Proposer un temps, dans un espace aménagé, pour favoriser le retour au calme, fait partie des stratégies de désamorçage (104-106). L'aménagement d'espaces d'apaisement doit faire l'objet d'une réflexion en équipe.

Lorsque l'escalade de la violence n'a pu être évitée, les interventions mises en œuvre doivent être proportionnées au risque, doivent s'appuyer sur une organisation, définie à l'avance, qui requiert une présence médicale et peut nécessiter des renforts ponctuels. L'évaluation clinique est déterminante pour anticiper l'évolution vers un apaisement ou une aggravation qui peut être rapide. Dans tous les cas, il est

nécessaire de maintenir, en permanence, l'autonomie et la dignité du patient et de rechercher sa collaboration.

### → Les « petites tensions » du quotidien : une écoute des patients, l'identification et le suivi des signes précurseurs

Au niveau de l'équipe, face aux petites tensions d'un quotidien collectif qui peuvent être identifiées au décours d'un échange verbal ou d'une situation particulière, il est nécessaire de :

- toujours offrir une réponse aux sollicitations des patients, au moins par une réponse d'attente, reconnaissant la demande du patient et assortie d'un délai que l'on respectera ;
- connaître la clinique spécifique du patient pour identifier ses changements et adapter les réponses thérapeutiques ;
- prêter attention aux conflits qui peuvent émerger entre patients ;
- veiller à la cohérence des réponses au sein de l'équipe ;
- former l'équipe à éviter les attitudes qui peuvent participer au déclenchement de la violence (52, 107) ;
- manifester de l'intérêt et de la compassion par des attitudes de respect et d'empathie (frapper à la porte de la chambre avant d'entrer, employer le vouvoiement, sauf exceptions).

Au plan clinique, il est nécessaire :

- d'identifier et d'anticiper :
  - les signes d'appel cliniques : réticence, impulsivité, augmentation de l'intensité des symptômes, intolérance aux frustrations, propos violents, menaces verbales, angoisse du patient, comportement inhabituel, existence d'une « cible » patient ou soignant (persécuteur), sentiment de menace, logorrhée, cris, impatience corporelle nouvelle, etc. (93, 108, 109),
  - les circonstances déclenchantes : toutes les ruptures potentielles, selon le patient et sa sensibilité [prise du traitement, temps de la journée, retour de sortie de courte durée, refus d'une demande (sortie, cigarette, etc.), annonce/proposition d'un changement de prise en charge, d'équipe, certaines visites, consommation de toxiques, événement de vie, interactions individuelles, patient/soignants, patient/patients notamment] ;
- de transmettre, au sein de l'équipe, les informations sur les signes précurseurs de moments de violence, signes spécifiques à chaque patient :
  - prévoir, en fonction des besoins ou des organisations de service, des entretiens conjoints médecin/soignants pour garantir la qualité des informations transmises dans l'équipe,
  - porter un soin particulier à la transmission des informations dans l'équipe, entre les équipes et avec les médecins ;
- de prendre le temps d'analyser les éléments précurseurs et prévenir l'escalade (travail partagé et concerté patients/médecins/soignants) (110).

### → La montée en tension : les stratégies de désamorçage des situations à risque de violence

Lorsqu'une situation particulière attire l'attention des soignants et commence à perturber les autres patients (interrogations, craintes, etc.) et l'ambiance générale de l'unité de soins, il faut prévoir le plus rapidement possible une réponse coordonnée et graduée.

Une personne soignante, en concertation avec l'équipe, guide le patient vers un espace calme mais visible des autres soignants et propose un entretien qui a l'intérêt d'ouvrir un espace de parole, de limiter l'impact sur les autres patients et d'éviter les phénomènes d'escalade théâtralisée.

Lors de cet entretien, il s'agit :

- d'essayer de cerner, avec le patient, ses besoins, ses demandes, mais aussi ses difficultés à les exprimer et à se faire entendre autrement que par la violence ; lui faire comprendre que l'équipe peut l'aider à retrouver son calme ;

- de permettre au patient de (re)trouver les ressources pour surmonter son anxiété et son agressivité ; offrir des options et des choix au patient en lui laissant la capacité d'agir ; rappeler les stratégies d'apaisement identifiées avec lui ;
- d'identifier les sources d'agitation et d'orienter les éventuelles décisions à prendre, les informations à transmettre.

Cet entretien est à aborder en adoptant une certaine posture :

- donner du temps au patient ;
- demander la permission d'approcher ;
- maîtriser ses émotions : savoir se décaler, ne pas entrer dans une relation en miroir, ne pas prendre cela pour soi, ne pas chercher à avoir raison ; laisser le patient avoir le « dernier mot » ;
- faire attention à ses gestes (par exemple : ne pas pointer du doigt) ;
- adopter une posture empathique et respectueuse : entendre que certaines demandes sont justifiées ;
- éviter des postures de confrontation, des manifestations d'autorité ;
- cependant, si nécessaire, placer les limites avec fermeté et équité en rappelant qu'elles relèvent de règles qui s'imposent à tous y compris aux soignants ;
- utiliser des mots simples et des phrases courtes, clarifier les éventuels malentendus.

[Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence](#)

[Outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement](#)

## → Proposer et utiliser à bon escient les psychotropes

Certaines situations de tension et de risque de violence, lors d'une hospitalisation psychiatrique, peuvent conduire à envisager une réponse médicamenteuse. Des recommandations de bonne pratique, actuelles, susceptibles d'être retenues dans leur intégralité, utilisables en France, n'ont pas été identifiées.

Les recommandations internationales récentes qui font référence sont, dans ce domaine, peu transposables directement à la France, du fait des différences dans les pratiques thérapeutiques, dans le choix des psychotropes et la prise en compte des effets indésirables.

Dans l'attente de recommandations de bonne pratique, le groupe de travail a souhaité définir, à partir des synthèses disponibles récentes et de l'expérience des professionnels du groupe, quelques orientations générales et conseils. Ces derniers mettent l'accent sur une approche visant à associer activement le patient à son traitement et à privilégier le traitement *per os* de première intention.

### Associer le plus possible le patient dans une stratégie partagée d'apaisement de la tension psychique

L'intérêt du traitement doit être expliqué au patient. Dans la mesure du possible, ses préférences doivent être recueillies et prises en compte, en particulier lorsque le patient connaît bien les molécules, leur efficacité, leur tolérance et leurs effets secondaires chez lui.

Tout doit être mis en œuvre pour éviter le recours à la contrainte physique. Il faut prendre le temps de recueillir l'adhésion du patient, facteur déterminant du désamorçage et de l'observance. Cette adhésion sera notamment facilitée par une relation thérapeutique de confiance entre le professionnel et le patient et par une bonne conscience de ses troubles par le patient (111).

L'avis d'un pharmacien de l'établissement aura été pris en compte, notamment sur l'utilisation des thérapeutiques.

Des réévaluations régulières doivent être envisagées et toute modification majeure de traitement devrait prendre en compte l'avis d'un médecin sénior.

Il est souhaitable de tendre vers la complémentarité entre un protocole habituel du service et ce qui peut être adapté au patient pour constituer un traitement individualisé.

Des stratégies individualisées, formalisées sur la réponse thérapeutique en cas de crise récidivante, peuvent être élaborées, dès lors que c'est un patient connu ; avec l'adhésion du patient, un « plan de prévention partagé » peut être construit dans une démarche travaillée avec lui.

[Outil 3 - Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient](#)

## Tracer dans le dossier du patient

Le protocole individualisé et le plan de prévention partagé, lorsqu'ils existent, ainsi que le traitement prescrit et administré, l'adhésion et le consentement du patient sont tracés dans le dossier du patient.

Seront notées aussi les évaluations régulières de la stratégie médicamenteuse et ses modifications, en prenant en compte l'évolution clinique.

Pour tout patient qui arrive des urgences, il est nécessaire que soient notées les molécules prescrites, ainsi que la posologie et l'heure de la dernière prise. Ces éléments seront impérativement transmis à l'équipe qui prend le relais, téléphoniquement et par écrit.

## Le choix des molécules

Ce choix prend en compte l'efficacité et les risques connus spécifiquement pour ce patient.

Il est essentiel de choisir les molécules adaptées pour le patient, afin d'éviter l'escalade qui amènerait à des mesures de restriction.

Les **formes orales** seront préférées dans la mesure du possible, avec l'accord du patient, accord qu'il faut constamment rechercher :

- seront proposées en première intention, si elles sont adaptées à la situation clinique, des **molécules connues du patient**, efficaces chez lui et qu'il accepte ;
- seront privilégiées des **molécules d'action rapide** dont la galénique est la plus appropriée, en prenant en compte le rapport bénéfices/risques, les antécédents somatiques du patient et tout particulièrement les risques cardio-vasculaires :
  - rappelons, en particulier, que l'activité pharmacologique des benzodiazépines *per os* est plus rapide que la voie injectable intramusculaire ;
- entre autres seront préférées des molécules d'utilisation et de manipulation connues par l'équipe.

*En pratique, il est proposé par le groupe de travail de différencier :*

- **les patients connus du service** ; dans ce cas, une stratégie individualisée sera appliquée, à savoir :
  - d'une part, en première intention, anticiper/avancer voire augmenter si possible, selon la dose initiale, la prise médicamenteuse habituelle (par exemple, donner à 16 heures la prise du soir si la situation est fragile, tendue, en train de basculer),
  - d'autre part, prévoir, dans la perspective d'anticiper les situations cliniques à risque, un protocole individualisé, inscrit dans le dossier du patient, validé et réévalué par un praticien sénior ; ce protocole sera appliqué selon l'évolution de la situation clinique ;
- **les patients nouveaux**, non connus par l'équipe, pour lesquels c'est une stratégie plus générale, habituelle au service qui va être appliquée, sous la responsabilité du praticien sénior :
  - dans le cadre d'une stratégie thérapeutique générale/habituelle :
    - **en première intention**, privilégier, avec l'adhésion du patient, une thérapeutique par voie orale en monothérapie si possible, à savoir en fonction de la situation clinique
      - une benzodiazépine, s'il est recherché en priorité une action sédatrice et anxiolytique,
      - un antipsychotique, notamment pour limiter l'incidence des idées délirantes et de persécution, dans le cas d'angoisse psychotique sous-tendue par un vécu persécutoire.
  - Si elle est nécessaire, une association par voie orale est proposée de ces deux molécules complémentaires,
    - **en deuxième intention**, en l'absence de risques cardio-vasculaires, une administration sera envisagée par voie intramusculaire. La dose doit être aussi faible que possible, en restant dans des doses efficaces et les associations de molécules doivent être si possible évitées.

## La présence soignante

Il est souhaitable de maintenir une présence soignante continue jusqu'à la sédation recherchée (ce qui ne signifie pas systématiquement que le patient dorme).

## Des recommandations de bonne pratique souhaitables

Des recommandations de bonne pratique pour les indications et le choix des molécules pourraient faire l'objet d'un travail complémentaire, adapté aux spécificités et aux contraintes françaises ; ces recommandations seraient particulièrement utiles pour les praticiens.

### → Gestion de la crise, lorsque le « désamorçage » ne suffit pas

Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale.

Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le *leadership* et coordonner la gestion des interventions.

Il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace de prise en charge, séparé des autres patients et respecter un positionnement des soignants, dans l'espace à proximité d'une sortie.

S'il n'est pas présent, le médecin de l'unité ou le médecin de garde est informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il faut l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire, etc.). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressource, les facteurs d'alliance possibles, etc.

Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts. L'intervention des renforts doit faire l'objet d'une procédure écrite qui précise la place des renforts dans une stratégie d'équipe et peut prévoir des réponses graduées.

#### | [Outil 7 - Appel à renforts](#)

Si une décision d'intervention est prise, dans la perspective d'une contention ou d'une mise en chambre d'isolement, il convient de :

- vérifier à chaque étape que toutes les alternatives ont bien été explorées. En particulier, renouveler si possible la proposition de réponse médicamenteuse ;
- faire en sorte que le patient ait le choix tant que c'est possible ;
- toujours maintenir l'autonomie et la dignité du patient ;
- poser les limites sans confrontation ; rechercher la collaboration du patient jusqu'au bout ; l'informer au fur et à mesure sur les suites possibles des interventions ;
- s'il est nécessaire d'intervenir pour contenir physiquement le patient, le faire en ayant conscience qu'il s'agit d'une décision collective de l'équipe de soins, prise après avoir tout mis en œuvre pour essayer d'éviter cette mesure.

### → Contenir ou isoler si nécessaire

#### Dans tous les cas :

- l'approche préventive, retenue par le groupe de travail, tend à privilégier, autant que possible, une recherche de désamorçage de la situation à risque de violence et une recherche des alternatives à la contention et à l'isolement, afin de limiter le recours à ces mesures.

En France, à l'heure actuelle, dans l'attente de l'actualisation en cours (112), les professionnels peuvent s'appuyer sur quatre travaux de référence proposant un cadre pour les pratiques en matière de contention et d'isolement :

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie](#). Paris: ANAES; 1998 (113) ;
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée](#). Paris: ANAES; 2000 (114) ;
- Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité](#). Conférence de consensus, Paris, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 24 et 25 novembre 2004. Textes des recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004 (115) ;
- Haute Autorité de Santé. [Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur](#). Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011 (1) ;

Les récentes recommandations du NICE anglais et les rapports élaborés au niveau européen sont des compléments utiles (7).

Une loi encadre désormais le recours à ces mesures<sup>15</sup>.

Des recommandations émanant de nombreux rapports européens et français existent, elles convergent sur les points suivants :

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

Des recommandations de bonne pratique sont en cours d'élaboration par la HAS. Elles permettront notamment, un examen et un approfondissement de ces différents points (112).

### ► Prévention tertiaire : une démarche « post-incident »

Après un incident violent, une démarche doit être mise en place qui vise :

- à court terme :
  - à prendre en charge et soutenir les personnes, les victimes patients, professionnels, tiers, ainsi que le patient agresseur,

<sup>15</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier.

- à permettre l'intervention d'acteurs externes si nécessaire,
- mais aussi, à restaurer un fonctionnement d'équipe propice aux relations thérapeutiques avec les patients ;
- dans un deuxième temps, à distance de l'événement :
  - à engager une réflexion sur l'événement et l'ensemble des facteurs contributifs, afin d'amener l'institution à élaborer et porter des améliorations de l'organisation et de la prise en charge.

| Démarche après un incident ayant entraîné l'atteinte physique d'une personne |   |
|--|---|
| Prise en charge et soutien immédiats   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en charge somatique et psychologique de la victime</li> <li>• prise en charge psychiatrique de l'agresseur (prise en charge somatique si nécessaire)</li> </ul>  |
| Analyse situationnelle<br>« à chaud »  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• établissement des faits et première analyse avec l'équipe présente lors de l'incident</li> <li>• présence du médecin en responsabilité ou du médecin de garde</li> <li>• transmission à l'équipe qui prendra le relais</li> </ul>  |
| Information de l'institution et des acteurs externes                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• information de la direction</li> <li>• déclaration d'événements indésirables liés au soin</li> <li>• selon le cas et dans le cadre de la réglementation : information de la famille du patient, personne de confiance, proches, médecin du travail</li> <li>• le cas échéant, lien avec la police, la justice</li> <li>• déclarations dans le cadre réglementaire</li> </ul>   |
| <i>Debriefing</i> en équipe élargie et soutien des professionnels            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• dans les 72 heures</li> <li>• animation par un professionnel non impliqué dans l'incident (si possible psychologue ou un professionnel formé spécifiquement)</li> <li>• soutien, restauration de relations thérapeutiques entre soignants et patients</li> <li>• analyse des facteurs, conséquences, expression du ressenti</li> <li>• lorsque la victime est un professionnel : entretien avec médecin responsable et cadre puis éventuellement psychologue du travail</li> </ul> |
| Démarche vis-à-vis des patients  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en charge individuelle des patients victimes, agresseurs et témoins.</li> <li>• reprise lors de réunions patients - soignants régulières permettant d'évoquer la vie du service. Si nécessaire : entretiens collectifs (patients témoins)</li> </ul>   |
| Intégration dans une démarche institutionnelle                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• analyse approfondie des causes (AAC) et actions d'amélioration</li> <li>• méthodologie type RMM/CREX<sup>16</sup> : analyse collective, rétrospective et systémique de l'événement</li> <li>• autres exemples : groupe de suivi des actes de violence en lien avec les représentants des usagers, observatoire de la violence, séminaire interétablissements permettant le partage d'expériences</li> <li>• mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration</li> </ul>             |

On distinguera la gestion des incidents selon leur degré de gravité.

Si une personne a subi une atteinte physique grave, des acteurs externes à l'équipe doivent être alertés et impliqués.

Dans tous les cas, la direction sera prévenue immédiatement.

Selon le cas, les forces de police et l'autorité judiciaire seront saisies. Le protocole national entre le ministère de la Santé, le ministère de l'Intérieur et celui de la Justice du 10 juin 2010 facilite ces procédures<sup>17</sup>. Pour les incidents d'une particulière gravité pouvant être repris dans la presse, il conviendra d'organiser les relations avec les médias (116, 117).

Le lien avec les acteurs externes est moins crucial dans le cas d'incidents de moindre gravité, la priorité étant accordée dans ce cas à la réflexion en équipe sur l'événement. Un incident violent constitue toujours un choc pour la communauté constituée par les patients et les soignants d'un service. Au sein d'une

<sup>16</sup> RMM : revue de mortalité et de morbidité.

CREX : comité de retour d'expérience.

<sup>17</sup> Protocole d'accord entre le ministre de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le garde des Sceaux, ministre de la Justice et des Libertés, 10 juin 2010.

équipe de soins, les incidents de ce type sont suivis d'une phase de sidération et d'« empêchement » de la pensée. Ce moment particulier, chargé émotionnellement, favorise l'installation de mécanismes divers et parfois contradictoires : sentiment d'abandon, perte du sens clinique, culpabilisation de la victime, représentation des patients comme des « ennemis », peur constante, posture punitive, banalisation ou dramatisation... (36, 60).

Les temps d'échanges en équipe, animés par une personne extérieure à la situation, ont ainsi un rôle important dans la démarche menée « à chaud » (c'est-à-dire au plus près de l'événement, lorsque la charge émotionnelle est intense) comme « à froid » (lorsque le temps permet une approche plus critique et plus globale) (118).

Une prise en charge spécifique est à proposer au patient ayant eu un moment de violence, qu'il y ait eu ou non une mesure de contention ou d'isolement. Un ou des entretiens, menés par des professionnels de l'équipe de soins, visent à :

- maintenir ou restaurer à distance de la crise aiguë la relation thérapeutique avec le patient ;
- améliorer, en collaboration avec le patient auteur d'un acte de violence, l'identification des facteurs et des signes précurseurs des moments de violence et comprendre avec lui les facteurs et les éléments de résolution de la crise (ce qui l'a apaisé, ce qui a pu renforcer la crise) ;
- l'aider à anticiper et prévenir ses moments de violence.

[Programme 7 - Reprendre un incident avec les patients](#)

[Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation](#)

[Programme 8 - Reprendre un incident en équipe](#)

[Programme 10 – Mettre en place, en continu, une gestion des risques](#)

[Outil 9 - Réunion d'équipe post-incident](#)

[Outil 11 - Exemples de démarches d'analyse et d'amélioration des pratiques](#)

[Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

## 2.3 Spécificités de la prise en charge des patients en hospitalisation de longue durée

### ► Introduction

Les événements indésirables de type violence, particulièrement à destination des soignants, sont fréquents dans les services psychiatriques de long séjour. Ils sont sous-déclarés, car ils appartiennent souvent à un mode de communication et d'échange d'aspect structurel chez certains patients ; ils surviennent le plus souvent de façon impulsive dans un contexte qu'il est important de pouvoir analyser dans une visée préventive. On retrouve rarement un scénario construit avec des étapes successives.

Leurs conséquences peuvent cependant être graves :

- pour des raisons accidentelles, car l'acte de violence est subit et vient heurter un professionnel à un moment imprévisible, il peut donc être blessé directement ou consécutivement à une chute ;
- parce que la violence s'installe dans un déchaînement subit et d'intensité extrême (la clinique psychiatrique historique a décrit des situations qui sont heureusement devenues exceptionnelles, du fait de l'amélioration des conditions de vie en institution et des progrès thérapeutiques).

La prise en charge de ces patients doit prendre en compte le fait que :

- pour eux, le projet de soins se confond avec leur projet de vie ;
- leur communication est souvent précaire ;
- on est ici confronté à des approches cliniques spécifiques où les observations des menus incidents de la vie quotidienne tiennent une place essentielle, ainsi que les habitudes intimes des patients.

Les services concernés conservent un potentiel thérapeutique et peuvent mettre en œuvre des mesures de prévention adaptées s'ils bénéficient d'un pilotage médical investi et que les équipes voient leur travail

valorisé, au travers d'un projet de service structuré et dynamique, avec un niveau élevé de formation individuelle et collective.

Il existe des travaux en cours ou publiés sur les bonnes pratiques de prise en charge des comportements perturbateurs, dans des populations dont les caractéristiques sont très proches de celles des patients en hospitalisation psychiatrique de longue durée :

- la HAS a publié des recommandations de bonne pratique sur la prévention et la gestion des comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans (119). Ces recommandations sont apparues comme particulièrement pertinentes pour guider la prise en charge et la prévention des moments de violence chez les patients en hospitalisation de longue durée ;
- dans le champ des services et établissements médico-sociaux, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) a engagé des travaux sur la prévention et la gestion des « comportements-problèmes », correspondant à des manifestations dont la sévérité, l'intensité et la répétition sont telles que ces comportements génèrent des gênes très importantes pour la personne elle-même et pour autrui, de nature à bouleverser durablement sa vie quotidienne et celle de son entourage (120).

| [Programme 14 - Prévenir et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation de longue durée](#)

### ► **Spécificités de ces patients et de leur prise en charge**

En 2011, les hospitalisations au long cours en psychiatrie (1 an ou plus en continu ou non et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente) ont concerné près de 12 700 patients, ce qui représente un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits (32).

Ces patients sont marqués par la dépendance dans la vie quotidienne :

- un premier groupe de patients faiblement dépendants peut être identifié (en général, des patients souffrant de troubles schizophréniques), ils représentent plus de la moitié des patients hospitalisés au long cours ;
- un deuxième groupe (1/4 environ) concerne les patients moyennement dépendants (troubles de l'humeur, addiction, troubles mentaux organiques) ;
- un troisième groupe (1/4 environ) concerne les patients souffrant de retard mental ou de Trouble envahissant du développement (TED). Ils présentent une dépendance lourde, des handicaps sensoriels et/ou moteurs, des comorbidités neurologiques (épilepsie, mouvements anormaux..) ; leurs séjours sont souvent supérieurs à 5 ans.

L'expérience clinique montre que les patients du troisième groupe peuvent présenter des problèmes spécifiques de violence, liés principalement à leurs difficultés de communication et à un surinvestissement de certains événements de la vie quotidienne dans l'institution (rythme, repas, espaces), dans la mesure où celle-ci est souvent leur espace de vie quasi exclusif. Ces patients sont souvent sensibles au moindre changement dans leur environnement, à l'arrivée d'un nouveau soignant, etc.

La communication verbale peut être, dans certains cas, absente ou rudimentaire ; il faut envisager des modes de communication adaptés à chaque patient.

Une approche spécifique est nécessaire : souvent ces patients n'ont pas d'autre domicile que le service de soins, les rythmes de l'institution doivent prendre en compte cette dimension.

Chaque patient a une perception personnelle de l'espace et du temps qu'il faut évaluer.

On peut aussi mettre l'accent, dans la trajectoire de vie des patients concernés, sur l'absence de perspectives qui peut s'accompagner d'un sentiment d'échec pour certains soignants, et, si l'institution n'y prend garde, d'un sentiment d'abandon, en particulier si les locaux ne sont pas rénovés et adaptés à ce type de patients.

L'accompagnement et la formation des professionnels au sein des structures qui accueillent des patients en hospitalisation de longue durée posent des questions d'ordre éthique et doivent être adaptés. En effet, les professionnels, devant la difficulté des situations de violence, sont pris dans un dilemme qui interroge ou réinterroge régulièrement leurs pratiques, dilemme entre le devoir d'accompagner avec bienveillance et la nécessité de sécuriser la vie quotidienne de la structure.

## ► Préconisations

Pour prendre en charge ces patients en hospitalisation de longue durée, un cadre adapté et une prise en charge spécifique sont conseillés. Les prises en charge doivent être individualisées, adaptées à l'évolution du patient et du groupe (121).

### → Préconisations pour la prise en charge

#### L'évaluation

Il est recommandé de réaliser une évaluation fine des facteurs de risque, des modes de communication et des circonstances déclenchantes de la violence, prenant en compte les difficultés de communication (119) :

- rechercher les facteurs de risque essentiels de comportements perturbateurs (douleur, troubles du sommeil, comitativité, déficit sensoriel, difficultés de communication, épines irritatives, etc.) ;
- identifier les moyens de communication les plus adaptés à la personne et les mettre en œuvre, afin de l'aider et de l'inciter à communiquer, y compris de façon non verbale ;
- identifier les situations à risque prévisibles par exemple : interventions ponctuelles extérieures, soins douloureux, changement d'environnement, ruptures relationnelles ou communicationnelles, etc. ;
- dans certains cas, rechercher une éventuelle maltraitance.

Il est nécessaire de veiller à maintenir un cadre de vie bienveillant, stable et attentif à la qualité de vie, et doté de repères identifiables (humains, environnementaux, temporels) (119).

On sera attentif aux périodes de transition : changement d'institution, changement de référent, modification de l'environnement familial. Cela implique une communication étroite entre les différents acteurs familiaux et professionnels (119).

On peut également insister sur l'importance d'une remise en perspective de la signification du lieu de vie pour les patients concernés. En effet, il s'agit pour eux de leur principal lieu de vie. Ce ne sont pas des personnes en soins dont la vie quotidienne s'adapte temporairement au rythme des soins et de la vie institutionnelle. Ils subissent cette vie institutionnelle pour une durée indéterminée. D'une manière générale, cette situation met en avant la satisfaction des besoins primaires avec, comme effet fréquent, un surinvestissement de l'alimentation et doit interroger les institutions sur leur prise en compte de la sexualité de ces patients.

#### Prise en charge, prévention et accompagnement

Au quotidien, la prévention et l'accompagnement pourront prendre plusieurs formes (119) :

- des mesures d'apaisement ou de prévention, ponctuelles ou ritualisées, qui tranquilisent (organisation de « temps calmes », compensation par le plaisir, décontraction physique, diversion, enveloppement, espaces d'apaisement, etc.) ;
- des activités globales (culturelles, sociales, physiques et sportives) qui améliorent le bien-être, favorisent l'expression de la motricité et de la sensibilité, sollicitent la créativité et développent les aptitudes sociales (sport adapté ou non, musicothérapie, art-thérapie, hippothérapie) ;
- des prises en charge rééducatives relaxantes (ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité), des techniques de médiation spécifiques (communication améliorée et alternative, stimulations sensorielles, stimulation basale, thérapie à médiation corporelle).

Il est recommandé de savoir prendre le temps pour écouter, reconnaître la personne à part entière, favoriser les attitudes empathiques, lui expliquer sa prise en charge et rechercher, si possible, son adhésion aux soins.

#### Le traitement médicamenteux en deuxième intention

Il est recommandé que le traitement médicamenteux éventuel, visant la prévention du risque de violence et/ou l'atténuation des effets des moments de violence, soit prescrit par un psychiatre sénior du service pour une durée déterminée. Ce traitement s'intègre dans une stratégie thérapeutique. Il est réévalué régulièrement et dès qu'un nouveau fait survient. D'une manière générale, il est important d'être attentif au risque d'empilement de traitements au fil du temps. Plus le nombre de médicaments est élevé, plus il devient difficile d'en évaluer l'efficacité. Le risque d'effets secondaires est dans ce cas plus important.

## → Préconisations institutionnelles

Les préconisations, présentées plus haut sur le travail à réaliser autour des valeurs, les actions à mettre en place au niveau de l'établissement et au niveau de l'équipe, sont pertinentes pour les équipes des unités prenant en charge des patients en hospitalisation de longue durée.

Certains aspects de la vie de l'équipe revêtent une importance particulière pour assurer une prise en charge de qualité à ces patients (122) :

- le contact soutenu et direct avec les patients qui mène à un attachement mutuel, une individualisation et une personnalisation des différents types d'intervention ;
- la recherche du sens et de la fonction du comportement ;
- le maintien d'une attention constante pour déceler des problèmes de santé physique ou neurologique, les douleurs ;
- pour chaque patient, une réunion de synthèse régulière, avec restitution de son histoire, évaluation des projets et réajustements. Il est important que les professionnels puissent se référer à des orientations cliniques claires et explicites.

Au niveau de la gouvernance, une attention particulière doit être portée à :

- l'adaptation des locaux pour les structures qui accueillent ces patients en hospitalisation de longue durée ;
- la qualité des formations des intervenants, la cohérence du pilotage institutionnel des structures ;
- le suivi et la valorisation des actions menées pour ces patients par la commission/conférence médicale d'établissement (CME), la Commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques (CSIRMT) et la direction, ainsi que l'intégration du devenir de ces structures au projet d'établissement.

## 3. Le matériel pédagogique

### 3.1 En préambule

Ce matériel a vocation à fournir une aide aux équipes qui souhaitent travailler collectivement pour améliorer les compétences individuelles et d'équipe, dans la prévention et la gestion des situations de violence lors des hospitalisations psychiatriques.

On distinguera :

- **avoir des compétences** : il s'agit de posséder les ressources, pour agir avec compétence ;
- **être compétent** : c'est agir avec compétence, plus précisément, savoir reconnaître ses ressources, les utiliser et les combiner pour mettre en œuvre des pratiques professionnelles efficaces qui peuvent être évaluées.

Il faut ainsi souligner la complexité sémantique du terme « compétences »<sup>18</sup> ; on retiendra que la compétence recouvre non seulement les savoirs acquis, théoriques et pratiques, mais également leur mise en œuvre en situation professionnelle, leur capacité à faire, allant jusqu'à l'évaluation de leur mise en pratique.

Le groupe de travail s'est appuyé sur les méthodes et outils, validés par la HAS et utilisés habituellement pour développer des programmes d'amélioration des pratiques.

Ils peuvent être repris par les équipes pour élaborer leurs propres programmes.

| [Programme 15 - Actualiser et renforcer les connaissances et les compétences fondamentales des professionnels](#)

| [Outil 14 - Renforcement des connaissances et des compétences. Échanges de pratiques et simulation en santé](#)

### 3.2 Les 15 programmes d'amélioration

#### ► Objectifs des programmes

Les programmes proposés, favorisant des démarches réflexives, ont vocation à aider les professionnels et les équipes à :

- se questionner sur leurs pratiques, sur le sens des réponses apportées et sur la qualité et la sécurité des prises en charge ;
- identifier des points difficiles, porteurs d'amélioration ;
- identifier les obstacles et leviers possibles pour la qualité ;
- s'assurer que les différents facteurs facilitant la qualité et la sécurité ont bien été pris en compte ;
- mettre en place des démarches/dynamiques professionnelles d'équipes soignantes pour améliorer les pratiques adaptées à leurs besoins, à leurs ressources et à leurs contraintes.

#### ► Organisation d'un programme d'amélioration

C'est aux équipes de définir leurs besoins qui sont fondés sur :

- une analyse collective des situations cliniques ;
- la confrontation des pratiques avec les données scientifiques actuelles ;
- les échanges entre professionnels, notamment à partir de :
  - ▶ questionnements émergeant à l'occasion de prises en charge,
  - ▶ problèmes rencontrés dans les prises en charge.

<sup>18</sup> Haute Autorité de Santé. Évaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé. Revue de la littérature. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport\\_l\\_evaluation\\_des\\_compétences\\_des\\_professionnels.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compétences_des_professionnels.pdf)

## ► Les caractéristiques des programmes

Les 15 programmes ont été construits à partir de l'identification des enjeux de la prévention et de la prise en charge des moments de violence :

- enjeux de la prévention initiale, secondaire et tertiaire des moments de violence ;
- enjeux transversaux : équipe, gouvernance, compétences.

Quinze programmes sont ainsi proposés, correspondant à 15 objectifs d'amélioration. Les membres du groupe de travail ont suivi une méthodologie par étapes pour élaborer les 15 programmes, à savoir :

- définition de la finalité et des objectifs opérationnels à décliner selon la cible du programme ;
- identification des références correspondant au thème ;
- choix des méthodes, outils, organisations utiles pour mettre en œuvre le programme. Les propositions sont nombreuses et non exhaustives. Elles doivent avant tout servir les objectifs. Sont retenues en priorité des méthodes connues par l'équipe et intégrées au travail quotidien. Les membres de l'équipe adaptent des outils génériques à leurs propres pratiques, à leurs besoins, à leurs ressources, à leurs contraintes. Le groupe de travail de la HAS a retenu certaines de ces propositions et a mis à la disposition des équipes 14 outils spécifiques ;
- suivi des actions d'amélioration identifiées ; il doit toujours être envisagé à distance. Il permet d'évaluer l'efficacité et la pertinence du programme. Cette étape est la plus difficile à réaliser, car elle est située à distance, alors que les professionnels sont engagés sur d'autres programmes et projets, dans un contexte le plus souvent contraint.

## Organisation d'un programme d'amélioration des pratiques

|   |  |
|---|--|
| <b>Etapes</b>   | Thème, porteur d'amélioration pour les patients, choisi par les professionnels concernés   |
| <b>Finalité</b>   | Elle précise pour ce thème ce que les professionnels souhaitent améliorer. Elle est ensuite déclinée en objectifs opérationnels après analyse fine des besoins des professionnels concernés  |
| <b>Analyse des besoins<br/>Etat de la pratique,<br/>individuel et collectif</b> | Pré test de connaissances à faire , analyse de pratiques, analyse de cas réels, cas simulés, analyse d'évènements indésirables, QCM, publications, données de santé publique...  |
| <b>Contenus/références</b>  | Références à citer... explicites, adaptées, actualisées, en cohérence avec les textes réglementaires et les références/recommandations/procédures des conseils professionnels, sociétés savantes, agences sanitaires...  |
| <b>Cible</b>  | Cohérente avec le thème et les besoins   |
| <b>Objectifs<br/>Compétences<br/>attendues</b>                                  | Objectifs formulés autour des compétences des professionnels, explicites en termes d'amélioration des pratiques ; ils sont opérationnels. Déclinaison à partir de la finalité et du thème concerné. Formulés autour des compétences des professionnels, explicites, utiles Pragmatiques, faisables |
| <b>Méthodes pédagogiques,<br/>existants et outils à<br/>construire</b>          | A construire par l'équipe à l'aide des références et des trames à disposition ; à s'approprier en prenant en compte la pratique des soignants<br>En réponse aux objectifs  |
| <b>Suivi, évaluations<br/>à distance</b>  | Indicateurs de suivi identifiés, cohérents avec les objectifs.<br>Post test à faire, audits de suivi...  |

## ► Le déploiement des programmes au sein d'une équipe

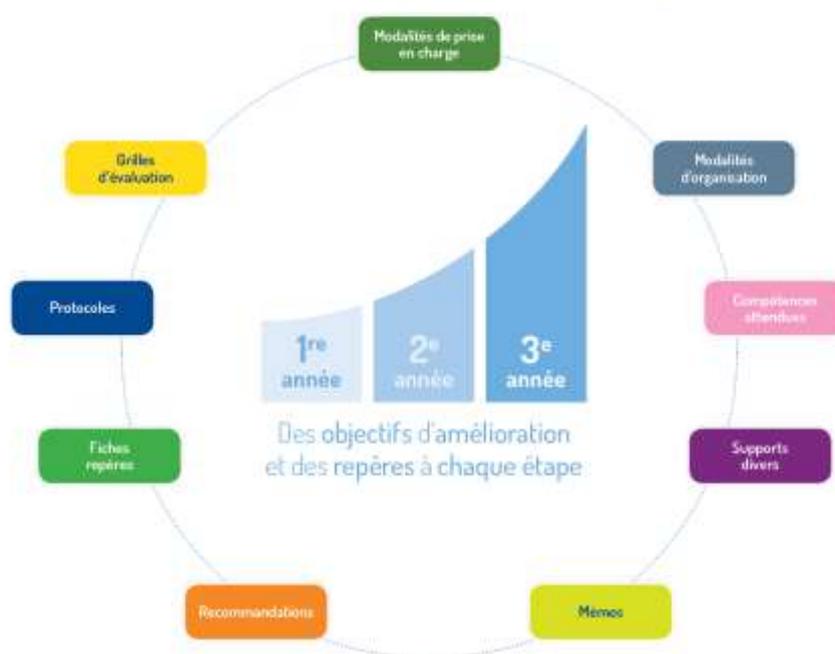
Les programmes proposés ont une visée pédagogique ; ce sont des trames à utiliser par les professionnels et les équipes pour construire leurs propres programmes d'amélioration.

Il est recommandé de les déployer dans un **cadre pluriprofessionnel**, autour de la prise en charge en équipe des patients.

Pour faciliter l'adhésion et la confiance des membres de l'équipe, il est recommandé de garantir au sein de l'équipe la confidentialité **des données individuelles des pratiques**.

Il n'y a pas de hiérarchie dans l'utilisation des programmes ; ils doivent s'intégrer dans un programme pluriannuel construit par les équipes progressivement, à petits pas, en fonction de leurs propres besoins en termes d'amélioration des connaissances et compétences.

### Démarche d'amélioration pluriannuelle, progressive



Le découpage en 15 programmes peut paraître artificiel, car la prise en charge est toujours globale et les objectifs sont souvent croisés entre eux. Toutefois, sur un plan pédagogique, il est apparu nécessaire de faire un tel découpage pour mettre l'accent sur des points incontournables. Les équipes croiseront d'elles-mêmes les programmes entre eux pour donner du sens à l'ensemble.

C'est ainsi que, progressivement, l'ensemble des programmes sera mis en œuvre et permettra de trouver sa place dans un projet pluriannuel d'amélioration des pratiques.

Des professionnels qui travaillent avec des patients en hospitalisation de longue durée pourront commencer par le programme 15 et le compléter rapidement dans la foulée, en fonction de leurs priorités, avec les programmes 8, 11 et 12 qui peuvent avoir un impact sur le travail global.

Toutefois, il est recommandé que le programme 1 qui présente la réalité de la violence soit réalisé en préalable à tous les autres et complété du programme 14 et de l'outil 14 qui donnent des pistes méthodologiques et pédagogiques pour organiser le travail.

Les démarches proposées prennent toute leur place dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), dès lors qu'elles associent des temps d'analyse des pratiques et des temps de formation. À ce titre, le temps imparti pourrait être comptabilisé comme temps de formation, sous réserve de valoriser ces démarches dans un programme de DPC, porté par un organisme de DPC. Ces démarches peuvent aussi être valorisées dans le cadre de la certification des établissements de santé.

### 3.3 Les 14 outils pour l'amélioration des pratiques

#### ► Mise en œuvre des programmes : des outils et méthodes déjà connus

Les professionnels s'appuieront tout d'abord sur les outils qu'ils connaissent, maîtrisent bien et ont l'habitude d'utiliser (cf. tableaux ci-dessous qui présentent les méthodes et outils déjà connus, centrés sur la formation et l'analyse/évaluation des pratiques). Ils sont utilisés le plus souvent dans la formation continue, le DPC, les évaluations des pratiques professionnelles, notamment dans le cadre de la certification des établissements de santé [staff, réunions de concertation pluridisciplinaire, revue de mortalité et de morbidité (RMM)] (123-128).

#### Mise en œuvre des programmes : des outils et méthodes déjà connus

| Objectifs d'amélioration   | Approche                                    | Méthodes utilisables  |
|--|---|---|
| Bilan d'une pratique au regard de l'état de l'art  | Approche par comparaison à un référentiel   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Audit clinique</li> <li>▪ Revue de pertinence</li> </ul>   |
| Optimiser ou améliorer une prise en charge.<br>Maîtriser les risques d'un secteur ou d'une activité  | Approche par processus                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chemin clinique</li> <li>▪ Patient traçeur</li> <li>▪ RCP</li> </ul>   |
| Traiter un dysfonctionnement ou faire face à la survenue d'événements indésirables   | Approche par problème et analyse des causes | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestion des risques en équipes</li> <li>▪ Analyse des événements indésirables</li> </ul>                             |
| Surveiller un phénomène important et agir en fonction du résultat  | Approche par indicateur                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en place et analyse d'indicateurs</li> </ul>  |
| Améliorer ses connaissances  | Approche cognitive                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formations présentielle</li> <li>▪ E-learning</li> <li>▪ Recherche</li> <li>▪ ...</li> </ul>                         |
| Connaître l'avis et la satisfaction des patients   | Approche par enquêtes de pratiques          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Audit de satisfaction</li> <li>▪ Audit évaluant une information et/ou une formation délivrées (ETP...)...</li> </ul> |
| Echanger sur sa pratique avec d'autres professionnels pour améliorer<br>Organiser des prises en charge pluripro dans un territoire, dans un lieu commun d'exercice | Approche par interactions                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Staff, RMM, RCP...</li> <li>▪ Maîtrise de stage/tutorat</li> <li>▪ ...</li> </ul>                                    |
| Améliorer des gestes techniques, la communication/relation   | Approche par mise en situation              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Simulation</li> <li>▪ Cas simulés, jeux de rôles...</li> </ul>   |

#### ► 14 outils spécifiques de mise en œuvre des programmes d'amélioration

Ces outils ont été identifiés comme particulièrement utiles pour accompagner les équipes et faire améliorer les pratiques dans le champ de la prévention et de la gestion de la violence en psychiatrie. Selon les thèmes retenus, ont été élaborés :

- *check-list* ;
- guides d'entretien ;
- jeux de rôles ;
- procédures de réunion ;
- protocoles de prise en charge ;
- guides organisationnels, etc.

**Les 14 outils spécifiques proposés** : ils sont **opérationnels**, en réponse à tel ou tel objectif. Ce sont des **aides pratiques** que les professionnels peuvent utiliser en l'état ou adapter à leur propre pratique et à leurs spécificités, en prenant en compte les **contraintes**, les **ressources** ; après appropriation et adap-

tation par les professionnels, ils peuvent aboutir à l'écriture d'outils, procédures, guides d'entretien, etc. **construits collectivement par les équipes.**

Ces outils ont vocation à être enrichis par les retours d'expérience des équipes de soins. Par ailleurs, des recherches visant la validation en France de certains instruments sont à envisager.

**Parmi ces outils, il faut différencier :**

→ **des outils transversaux :**

- [Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé](#)
- [Outil 4 - L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports](#)
- [Outil 11 - Exemples de démarches d'analyse et amélioration des pratiques](#)
- [Outil 12 - Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé](#)
- [Outil 13 - Organiser et promouvoir la prévention de la violence au niveau de l'établissement](#)
- [Outil 14 - Renforcement des connaissances et des compétences. Échanges de pratiques et simulation en santé](#)

→ **des outils ciblés (directement opérationnels) :**

- [Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient](#)
- [Outil 3 - Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient](#)
- [Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence](#)
- [Outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement](#)
- [Outil 7 - Appel à renforts](#)
- [Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation](#)
- [Outil 9 - Réunion d'équipe post-incident](#)
- [Outil 10 - Gérer les suites d'un incident au niveau institutionnel](#)

### **3.4 Liens entre les 15 programmes et les 14 outils**

Certains des outils peuvent répondre à plusieurs programmes et certains programmes peuvent utiliser plusieurs des outils.

## Identification des liens entre les 15 programmes et les 14 outils et réciproquement

|  | O1. Projet thérapeutique individualisé | O2. Recueil de données | O3. Plan de prévention partagé | O4. L'information | O5. Désamorçage | O6. Espaces d'apaisement | O7. Appel à renforts | O8. Patient après un état d'agitation | O9. Equipe post-incident | O10. Suites d'un incident au niveau institutionnel | O11. Analyse et amélioration des pratiques | O12. projet de service partagé | O13. Prévention violence au niveau de l'ES | O14. Connaissances et compétences | Lien autres programmes |
|--|--|------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--|--------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------|
| P1. Réalité de la violence                             |  | ●                      |                                |                   |                 |                          |                      |                                       |                          |  |  |                                | ●  | ●                                 | P14                    |
| P2. Evaluer de manière pluri-professionnelle           | ●                                      | ●                      |                                | ●                 |                 |                          |                      |                                       |                          |  | ●  |                                |  |                                   | P3<br>P4<br>P5         |
| P3. Impliquer le patient - Améliorer l'accueil patient | ●                                      | ●                      | ●                              | ●                 |                 |                          |                      |                                       |                          |  |  |                                |  |                                   | P7                     |
| P4. Accueillir la famille                              |  | ●                      |                                |                   |                 |                          |                      |                                       |                          |  |  |                                |  | ●                                 | P2                     |
| P5. Améliorer la collecte des données                  | ●                                      | ●                      |                                | ●                 |                 |                          |                      |                                       |                          |  |  |                                |  |                                   | P2<br>P3<br>P4         |
| P6. Prévenir et gérer la crise                         |  |                        |                                |                   | ●               | ●                        | ●                    |                                       |                          |  |  |                                |  | ●                                 | P1                     |
| P7. Reprendre un incident avec les patients            | ●                                      |                        | ●                              |                   | ●               | ●                        | ●                    | ●                                     |                          |  |  |                                |  | ●                                 | P3                     |
| P8. Reprendre un incident en équipe                    |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      |                                       | ●                        |  | ●  | ●                              |  |                                   | P11                    |
| P9. Suites d'un incident au niveau institutionnel      |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      |                                       |                          | ●  | ●  |                                | ●  |                                   | P12                    |
| P10. Mettre en place, gestion des risques              |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      |                                       | ●                        | ●  | ●  |                                |  |                                   | P8<br>P9               |
| P11. Dynamique d'équipe                                |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      | ●                                     | ●                        |  |  | ●                              |  |                                   | P8                     |
| P12. Violence au niveau de l'établissement             |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      |                                       |                          |  | ●  |                                | ●  | ●                                 | P9                     |
| P13. Droit éthique bientraitance                       | ●                                      | ●                      | ●                              | ●                 | ●               | ●                        | ●                    | ●                                     | ●                        |  |  |                                |  |                                   | P3<br>P4<br>P7         |
| P14. Patients en hospitalisation longue durée          |  |                        |                                |                   |                 |                          |                      |                                       |                          |  |  |                                |  |                                   | P1<br>P3               |
| P15. Connaissances et compétences fondamentales        |  |                        |                                |                   | ●               |                          | ●                    |                                       | ●                        |  |  |                                | ●  | ●                                 | P1<br>P13              |
| Lien autres outils                                     | O2<br>O3                               | O1<br>O4               | O1<br>O2                       | O1<br>O2          | O6<br>O7<br>O14 | O5<br>O7                 | O5<br>O6<br>O14      | O9<br>O12                             | O8<br>O1                 | O9<br>O11  | O1<br>O2<br>O9                             | O9                             | O10  | O5<br>O7<br>O8                    | P<br>O                 |

# Références

1. Haute Autorité de Santé. 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. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_rapport\\_dorientation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf)
2. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? *Info Psy* 2006;82(8):645-52.
3. Grégoire F, Halimi Y, Necchi G, Pidolle A. Le souci de sécurité en psychiatrie : un droit des patients, un droit des soignants, un droit des citoyens [Actes du colloque « Journées d'études », 6 avril 2005, Paris]. Le Château d'Olonne: Orbestier; 2005.
4. Dubreucq JL, Millaud F. Prévenir la violence en psychiatrie. *Santé Mentale* 2012;(165):76-81.
5. Richter D, Whittington R. Violence in mental health settings. Causes, conséquences, management. New York: Springer; 2006.
6. Morrison EF. A hierarchy of aggressive and violent behaviors among psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(5):505-6.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline 10. Manchester: NICE; 2015. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
8. Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport annuel 2014. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2014 sur les données 2013. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2014. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_ONVS\\_2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONVS_2014.pdf)
9. NHS Protect. Tables showing the number of reported physical assaults on NHS staff in 2013/14. London: NHS Protect; 2014. [http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/SecurityManagement/Reported\\_Physical\\_Assaults\\_2013-14.pdf](http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/SecurityManagement/Reported_Physical_Assaults_2013-14.pdf)
10. Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(1):12-21.
11. Institute of Psychiatry, Kings College London, Conflict and Containment Reduction Research Programme, Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. London: King's College; 2011. <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAgg.pdf>
12. Estry-Behar M, Duville N, Menini ML, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins. *Presse Méd* 2007;36(1 Cah 1):21-35.
13. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reimer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003;63(3):311-21.
14. Estry-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Info Psy* 2011;87(2):95-117.
15. Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):776-80.
16. Miller RJ, Zadolinnyj K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry* 1993;150(9):1368-73.
17. Shepherd M, Lavender T. Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *J Mental Health* 1999;8(2):159-70.
18. Daffern M, Mayer MM, Martin T. A preliminary investigation into patterns of aggression in an Australian forensic psychiatric hospital. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2003;14(1):67-84.
19. Kraus JE, Sheitman BB. Characteristics of violent behavior in a large state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2004;55(2):183-5.
20. Crowner ML, Peric G, Stepic F, Lee S. Assailant and victim behaviors immediately preceding inpatient assault. *Psychiatr Q* 2005;76(3):243-56.
21. Uppal G, McMurrin M. Recorded incidents in a high-secure hospital: a descriptive analysis. *Crim Behav Ment Health* 2009;19(4):265-76.

22. Inspection générale des affaires sociales, Lalande F, Lépine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Tome 1. Paris: IGAS; 2011.  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000287/0000.pdf>
23. Noble P. Violence in psychiatric in-patients: review and clinical implications. *Int Rev Psychiatry* 1997;9(2-3):207-16.
24. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49(11):1452-7.
25. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49(11):1458-61.
26. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(4):273-9.
27. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, *et al.* Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62(3):247-55.
28. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1989;155(3):384-90.
29. Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8(1):77-84.
30. Carr VJ, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM, Tirupati S, Cohen M, *et al.* Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42(4):267-82.
31. Krakowski MI, Czobor P. Clinical symptoms, neurological impairment, and prediction of violence in psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(7):700-5.
32. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Questions Econ Santé* 2014;(202).
33. Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 47-68.
34. Nijman HLI. A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):142-3.
35. Kho K, Sensky T, Mortimer A, Corcos C. Prospective study into factors associated with aggressive incidents in psychiatric acute admission wards. *Br J Psychiatry* 1998;172:38-43.
36. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et thérapeutique. Paris: Dunod; 2002.
37. Gravier B, Lustenberger Y. L'évaluation du risque de comportements violents : le point sur la question. *Ann Méd Psychol* 2005;163(8):668-80.
38. Doyle M, Dolan M. Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behav Sci Law* 2006;24(6):783-98.
39. Le Bihan P, Bénézech M. Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales. *J Méd Légale Droit Méd* 2011;54(3):109-33.
40. Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2012;37-510-A-20.
41. Lanza ML, Kayne HL, Hicks C, Milner J. Environmental characteristics related to patient assault. *Issues Ment Health Nurs* 1994;15(3):319-35.
42. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11(2):172-8.
43. Duxbury JA, Björkdahl A, Johnson S. Ward culture and atmosphere. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 273-91.
44. Gadon L, Johnstone L, Cooke D. Situational variables and institutional violence: a systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2006;26(5):515-34.
45. Combret M. Regard sociologique sur les malades mentaux « dangereux ». *Soins Psychiatr* 2009;(261):18-21.
46. Flannery RB, Flannery GJ, Walker AP. Time of psychiatric patient assaults: twenty-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Int J Emerg Ment Health* 2010;12(4):267-73.
47. Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013;202:142-9.
48. Morrison EF. The tradition of toughness: a study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Image J Nurs Sch* 1990;22(1):32-8.
49. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999;6(2):107-14.
50. Friard D. La relation d'incivilité. *Soins Psychiatrie* 1999;(205):4-9.

51. Whittington R, Richter D. Interactional aspects of violent behavior on acute psychiatric wards. *Psychol Crime Law* 2005;11(4):377-88.
52. Fingfeld-Connett D. Model of therapeutic and non-therapeutic responses to patient aggression. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30(9):530-7.
53. Papadopoulos C, Bowers L, Quirk A, Khanom H. Events preceding changes in conflict and containment rates on acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2012;63(1):40-7.
54. Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30(2):257-62.
55. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34(6):967-74.
56. Needham I. Psychological responses following exposure to violence. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 295-318.
57. Caldwell MF. Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(8):838-9.
58. Wykes T, Whittington R. Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 1998;9(3):643-58.
59. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005;49(3):283-96.
60. Monceau M. *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité.* Levallois-Perret: Gaëtan Morin Editeur; 1999.
61. Chazalet N, Perrin-Niquet A. Vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Encycl Méd Chir Savoirs Soins Infirmiers* 2013;60-705-G-10.
62. Kindy D, Petersen S, Parkhurst D. Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Arch Psychiatr Nurs* 2005;19(4):169-75.
63. Ilkiw-Lavalle O, Grenyer BFS. Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatr Serv* 2003;54(3):389-93.
64. Abderhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users' perceptions and views on violence and coercion in mental health. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 69-92.
65. Kumar S, Guite H, Thornicroft G. Service users' experience of violence within a mental health system: a study using grounded theory approach. *J Mental Health* 2001;10(6):597-611.
66. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58(2):140-9.
67. Wynn R. Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *J Forensic Psychiatr Psychol* 2004;15(1):124-44.
68. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes JM, *et al.* L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'Encéphale* 2011;37(Suppl 1):S4-S10.
69. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, *et al.* Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1123-33.
70. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, Suffoletta-Maierle S, Frueh BC. Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1134-8.
71. Quirk A, Lelliott P, Seale C. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Soc Sci Med* 2004;59(12):2573-83.
72. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* Saint-Denis: ANESM; 2009. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_vie\\_en\\_collectivite\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_vie_en_collectivite_anesm.pdf)
73. National Association of State Mental Health Program Directors. *Six core strategies for reducing seclusion and restraint use*. Alexandria: NASMHPD; 2008. <http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>
74. SAMHSA'S National Registry of Evidence-based Programs and Practices. *Six core strategies to prevent conflict and violence: reducing the use of seclusion and restraint.* Rockville: SAMHSA; 2012.
75. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.* Saint-Denis: ANESM; 2008. [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)
76. Haute Autorité de Santé. *Promotion de la bientraitance.* Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance)

77. Haute Autorité de Santé. PACTE - Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail)

78. Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, le Nezet O, Conway PM, *et al.* Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med* 2008;58(2):107-14.

79. Katz P, Kirkland FR. Violence and social structure on mental hospital wards. *Psychiatry* 1990;53(3):262-77.

80. Lanquetin JP, Delgado B, Burte C. Clinique d'ambiance et travail en équipe. *Soins Psychiatrie* 2007;(248):36-40.

81. Alezrah C. Réponse d'un service hospitalier à la dangerosité. *Info Psy* 2009;85(8):735-44.

82. Estryn-Béhar M. Ergonomie hospitalière : théorie et pratique. 2<sup>nd</sup>e éd augmentée. Toulouse: Octares; 2011.

83. Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd Psychol* 2005;163(10):852-65.

84. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(Suppl 412):133-41.

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

86. Senon JL, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *Info Psy* 2009;85(8):719-25.

87. Van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, *et al.* Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):473-8.

88. Millaud F, Dubreucq JL. Les outils d'évaluation du risque de violence : avantages et limites. *Info Psy* 2012;88(6):431-7.

89. Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf)

90. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». Etat des lieux. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04\\_decision\\_medicale\\_partagee\\_mel\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf)

91. Hellerstein DJ, Seirmarco G, Almeida G, Batchelder S. Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: a pilot study. *Medscape J Med* 2008;10(12):271.

92. Maître E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, *et al.* Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *L'Encéphale* 2013;39(4):244-51.

93. Fluttert FAJ. Management of inpatient aggression in forensic mental health nursing. The application of the early recognition method [thesis]. Arnhem: Gildeprint Drukkerijen - Enschede; 2010. [http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Fluttert\\_2010.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Fluttert_2010.pdf)

94. Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract* 2007;13(5):308-17.

95. Visalli H, McNasser G. Un modèle efficace de pratique sans contention. *Soins Psychiatrie* 2000;(210):30-2.

96. Millaud F, Auclair N, Guay JP, McKibben A. Un instrument de mesure des progrès cliniques pour des patients psychotiques violents. *Can J Psychiatry* 2007;52(11):735-43.

97. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(1):64-73.

98. Department of Health of Western Australia. Guidelines: the management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Perth: DOH; 2006.

[http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health\\_Problems/Mental\\_Illness/HP8973\\_The\\_management\\_of\\_disturbed\\_violent\\_behaviour.pdf](http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/Mental_Illness/HP8973_The_management_of_disturbed_violent_behaviour.pdf)

99. Richter D. Nonphysical conflict management and deescalation. Dans: Richter D, Whittington R, ed. *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management.* New York: Springer; 2006. p. 125-44.

100. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(4):310-9.

101. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints. Clinical best practice guidelines. Toronto: RNAO; 2012.

[http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting\\_Safety\\_-\\_Alternative\\_Approaches\\_to\\_the\\_Use\\_of\\_Restraints\\_0.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf)

102. Safewards. Talk down. London: Safewards; 2013.

<http://www.safewards.net/images/pdf/Talk%20Down%20website%20download.pdf>

103. Groupe de recherche en soins infirmiers, Lanquetin JP, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Rapport de recherche. Bron: GRSI; 2012.

<https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/Rapport-GRSI-Impact-Informel-Infirmier-Psychiatrie-2012.pdf>

104. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010;48(6):26-30.

105. New York State Office of Mental Health. Comfort Rooms. A preventative tool used to reduce the use of restraint and seclusion in facilities that serve individuals with mental illness. Ideas and instructions for implementation. Albany: OMH; 2009.

[http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort\\_room/comfort\\_rooms.pdf](http://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf)

106. Sivak K. Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2012;50(2):24-34.

107. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1996;35(Pt 1):11-20.

108. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(4):250-4.

109. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2011;17(3):170-85.

110. Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011.

111. Millet B, Vanelle JM, Benyaya J. Psychotropes et urgences. Dans: Millet B, Vanelle JM, Benyaya J, ed. Prescrire les psychotropes. 2<sup>e</sup> ed. Paris: Elsevier Masson; 2014. p. 353-60.

112. Haute Autorité de Santé. Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. Note de cadrage. En vue de la réalisation de fiches mémo. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place\\_de\\_la\\_contention\\_et\\_de\\_la\\_chambre\\_disolement\\_en\\_psychiatrie\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf)

113. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: ANAES; 1998.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_266776/fr/l-audit-clinique-applique-a-l-utilisation-des-chambres-d-isolement-en-psychiatrieguide](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_266776/fr/l-audit-clinique-applique-a-l-utilisation-des-chambres-d-isolement-en-psychiatrieguide)

114. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Paris: ANAES; 2000.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

115. Fédération hospitalière de France, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. Conférence de consensus, Paris, ministère des solidarités, de la santé et de la famille, 24 et 25 novembre 2004. Textes des recommandations. Saint-Denis La Plaine: ANAES; 2004.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte\\_aller\\_venir\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_long.pdf)

116. Haute Autorité de Santé. Annonce d'un dommage associé aux soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2011.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce\\_dommage\\_associe\\_aux\\_soins\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf)

117. Fédération hospitalière de France, Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Fiches réflexes sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2012.

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches\\_reflexes\\_ON\\_VS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reflexes_ON_VS.pdf)

118. Te Pou o Te Whakaaro Nui. Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. Auckland: National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development; 2014.

<http://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/debriefing-following-seclusion-and-restraint-281014.pdf>

119. Haute Autorité de Santé. Comportements perturbateurs chez les personnes ayant des lésions cérébrales acquises avant l'âge de 2 ans : prévention et prise en charge. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/12irp09\\_argumentaire\\_011214.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/12irp09_argumentaire_011214.pdf)

120. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : prévention et réponses. Lettre de cadrage. Saint-Denis: ANESM; 2015.

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre\\_de\\_cadrage\\_RBPP\\_comportements\\_PBL.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_RBPP_comportements_PBL.pdf)

121. Isserlis C. Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement. Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie. Pluriels 2012;(98).

122. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Protocoles d'intervention pour la gestion des troubles graves de comportement avec agressivité physique envers autrui. Longueuil: ASSSM; 2010.

[http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3789/Protocoles\\_intervention\\_agressivite.pdf](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3789/Protocoles_intervention_agressivite.pdf)

123. Haute Autorité de Santé. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm)

124. Haute Autorité de Santé. Gestion des risques en équipe. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche\\_dpc\\_gdr\\_equipe\\_2014-06-24\\_11-13-56\\_822.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_gdr_equipe_2014-06-24_11-13-56_822.pdf)

125. Haute Autorité de Santé. Les staffs d'une équipe médico-soignante, les groupes d'analyse de pratiques (GAP), les pratiques réflexives sur situations réelles. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff\\_gap\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/staff_gap_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

126. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire\\_fiche\\_technique\\_2013\\_01\\_31.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf)

127. Haute Autorité de Santé. Le patient traceur. Développement professionnel continu (DPC). Fiche méthode. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche\\_dpc\\_patient\\_traceur\\_2014-06-24\\_11-05-3\\_462.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf)

128. Haute Autorité de Santé. Méthodes et modalités de DPC. Développement professionnel continu (DPC). Mise à jour janvier 2015. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste\\_methodes\\_modalites\\_dpc\\_decembre\\_2012.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf)

# Participants

## ► Groupe de pilotage

Dr Roland BOUET, chargé de projet, CH Henri-Laborit, Poitiers,  
Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, conseiller technique, SA3P, HAS,  
Dr Marielle LAFONT, conseiller technique du directeur, DAQSS, HAS,  
Mme Pascale POCHOLLE, assistante, SA3P, HAS,  
Dr Marie-Hélène RODDE-DUNET, chef de service, SA3P, HAS,  
Pr Jean-Louis SENON, psychiatre, président du groupe de travail, CH Henri Laborit, Poitiers,

## ► Documentation

Mme Emmanuelle BLONDET, HAS,  
Mme Rénée CARDOSO, HAS,  
Mme Sylvie LASCOLS, HAS,  
M. Thierry VINCENT, CH Henri Laborit.

**La HAS souhaite remercier chaleureusement les personnes qui ont contribué à ce travail :**

## ► Groupe de travail

M. Thierry ALBERTI, cadre de santé, CH Montperrin, Aix-en-Provence,  
Dr Charles ALEZRAH, psychiatre, CHS Léon-Jean-Grégory, Thuir,  
Mme Dominique ALLOUCHE, responsable qualité et gestion des risques, clinique de Beaupuy,  
M. Christophe BARBÉ, ingénieur qualité, coordonnateur prévention sécurité, CH des Pyrénées, Pau,  
Mme Véronique BONNANT, cadre de santé, Nouvel Hôpital de Navarre, Évreux,  
Mme Constance BROCA ÉLIÇABE, psychologue clinicienne, Paris,  
Mme Nathalie CHAZALET, cadre de santé, CH Saint-Jean-de-Dieu, Lyon,  
Mme Julie CHOMILIER, infirmière, hôpital Sainte-Marie, Clermont-Ferrand,  
M. Michel COMBRET, cadre supérieur de santé, formateur, CH de Cadillac, Cadillac-sur-Garonne,  
Dr Laurent DEFROMONT, psychiatre, EPSM Lille-Métropole,  
M. Alexandre DUBIER, cadre de santé, UMD, CH Cadillac, Cadillac-sur-Garonne,  
M. Bertrand ESCAIG, représentant des familles, Unafam, Nord-Pas-de-Calais,  
M. Guillaume FAGNOU, directeur d'hôpital, CHS Auxerre,  
M. Dominique FRIARD, infirmier, rédacteur en chef adjoint Santé Mentale, formateur, CH Laragne, Laragne-Monteglin,  
Mme Stéphanie GOULIGNAC, infirmière, UMD, fondation Bon-Sauveur d'Alby,  
Mme Natacha HURET, responsable qualité, et gestion des risques, CH Théophile-Roussel, Montesson,  
Dr Paul JEAN-FRANCOIS, psychiatre, GH Paul-Guiraud, Villejuif,  
Mme Maria KUHN MÉDINA, cadre supérieur de santé, Établissement public de santé Alsace-Nord, Bru-math,  
Mme Dominique LAGAND, directrice, clinique d'Orgemont d'Argenteuil,  
M. Loïc LALY, cadre supérieur de santé, CHS Guillaume-Regnier-Bruz,

Dr Corinne LAUNAY, psychiatre, CH Sainte-Anne, Paris,  
Dr Jérôme LAVILLE, psychiatre, Centre Montalier, Saint Selve,  
Dr Patrick LE BIHAN, psychiatre, UMD, CH Cadillac, Cadillac-sur-Garonne,  
Dr Marie-Thérèse LORIAN, psychiatre, CHS Montperrin, Aix-en-Provence,  
M. Sébastien MAES, cadre supérieur de santé, EPSM des Flandres, Bailleul,  
Dr Valérie NIRO ADES, psychiatre, clinique d'Orgemont, Argenteuil,  
M. Bruno PARRA, directeur des soins, coordonnateur de la gestion des risques, centre hospitalier de Montfavet,  
Mme Delphine PEJOUX, responsable infirmier, CH Sainte-Marie, Clermont-Ferrand,  
M. Irénée SKOTAREK, représentant des usagers, FNAP-Psy, Paris,  
Mme Muriel THOMAS, infirmière, CHS Montperrin, Aix-en-Provence,  
M. Boris WENNER, infirmier, UMD, CHS Sarreguemines,  
M. Jean-Luc YVONNET, cadre supérieur de santé, CH Charles-Perrens, Bordeaux.

### ► **Personnalités auditionnées**

Dr Patrick CHALTIEL, CH de Ville-Évrard,  
Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR, praticien hospitalier retraitée ayant une activité libérale de formation et de conseil en ergonomie hospitalière, Languedoc-Roussillon,  
Mme Nataly FILION, maître assistant et maître de formation pratique, coordinatrice spécialisation santé mentale et psychiatrie, Haute École Léonard de Vinci, Belgique  
Pr Frédéric MILLAUD, Institut Philippe-Pinel de Montréal; professeur titulaire, département de psychiatrie, université de Montréal, Québec,  
Dr Olivier TELLIER et M. Benoit MARCELINO, UMD Albi.

### ► **Ascodocpsy**

Mme Nathalie BERRIAU, coordinatrice générale, Ascodocpsy,  
Dr Marie-Noëlle PETIT, psychiatre, présidente, Ascodocpsy,  
Le réseau de documentalistes ayant aidé à l'identification et la collecte de la littérature « grise » française.

### ► **Établissements de santé ayant contribué à la documentation du projet**

Association hospitalière Sainte-Marie, Clermont-Ferrand,  
Centre hospitalier Buech-Durance, Laragne-Monteglin  
Centre hospitalier des Pyrénées, Pau,  
Centre hospitalier des Vals-d'Ardèche, Privas,  
Centre hospitalier Le Vinatier, Bron,  
Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris,  
Centre hospitalier Saint-Cyr, Collonges-au-Mont-d'Or,  
Centre hospitalier Théophile-Roussel, Montesson,  
Centre hospitalier spécialisé, Cadillac,  
Centre hospitalier spécialisé, Fains-Veel,  
Centre hospitalier spécialisé Léon-Jean-Grégory, Thuir,  
Centre hospitalier spécialisé Pierre-Jamet, Albi,

Centre hospitalier spécialisé, Sarreguemines,  
Centre hospitalier spécialisé de l'Yonne, Auxerre,  
Centre psychothérapeutique Nord-Dauphiné, Bourgoin-Jallieu,  
Clinique d'Orgemont, Argenteuil,  
Établissement public de santé Alsace-Nord (EPSAN), Brumath,  
Établissement public de santé mentale de la Réunion, Saint-Benoît, la Réunion,  
Institut Philippe-Pinel de Montréal, Québec, Canada,  
Nouvel Hôpital de Navarre, Evreux.

### ► Membres du comité de suivi ayant contribué à la relecture

Dr Yvan HALIMI, psychiatre, La Roche-sur-Yon, Président du comité de suivi

Mme Daphné BOREL, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,  
M. Jacques BORGY, secrétaire général, Syndicat national des psychologues,  
M. Jean CANNEVA, Union nationale des amis et familles de malades psychiques,  
Dr Pascal CHARBONNEL, vice-président, Collège de la médecine générale,  
M. Antoine DE RICCARDIS, Association des établissements participant au service public de santé mentale  
M. Olivier DREVON, Union nationale des cliniques psychiatriques privées,  
Mme Claude FINKELSTEIN, Présidente, Fnapsy  
Pr Marie-Christine HARDY-BAYLE, psychiatre, CH de Versailles, Le Chesnay,  
Mme Corinne MARTINEZ, Agence nationale d'appui à la performance,  
Dr Christian MULLER, Conférence des présidents de CME de CHS,  
Dr Alain NICOLET, Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée,  
Dr Bernard ODIER, Fédération française de psychiatrie,  
Mme Maud PAPIN-MORARDET, secrétaire générale, Association nationale des responsables qualité en psychiatrie,  
Dr Sylvie PERON, présidente, Conseil national professionnel de psychiatrie, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie,  
Mme Annick PERRIN-NIQUET, présidente, Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie,  
M. Benoît SERVANT, Agence nationale d'appui à la performance

### ► Groupe de lecture

Mme Brigitte ALBAN, directrice des soins,  
M. Laurent BEAUMONT, responsable qualité,  
Mme Annick BECHET, directrice des soins,  
M. Michel BOUSSEMAERE, cadre de santé,  
Mme Elodie CANUT, doctorante,  
M. Gérald CARTIER, infirmier,  
Mme Gladys CHARLES-PALIN, psychologue clinicienne,  
Dr Françoise CORNIC, psychiatre,  
Mme Séverine CUBAT DIT CROS, infirmière,  
M. Yves DANIEL, cadre de santé,

M. Nicolas DAUMERIE, psychologue,  
Mme Janick DEPRINCE, directeur des soins et de la qualité,  
M. Olivier DUCOURANT, infirmier,  
M. Alain DUMONT, cadre supérieur de santé,  
M. Claude ETHUIN, représentant des usagers,  
Mme Vannina FILIPPI, infirmière,  
Mme Catherine GALLET, ingénieur qualité,  
Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre,  
Dr Philippe GRANATO, médecin,  
Mme Marie-Chantal GUILLAUME, directrice des soins,  
Mme Alice HAMON, infirmière,  
Mme Sylvie HUGER, directeur,  
Mme Françoise IMIELA-HENIN, cadre supérieur de santé,  
M. Jean-Paul LANQUETIN, infirmier, praticien chercheur,  
Mme Pamela LEFRANCOIS, responsable qualité,  
Mme Nathalie LIZON AU CIRE, cadre supérieur de santé,  
M. Benoît MARCELINO, cadre de santé,  
Mme Vanessa MEIGNAN-SABRI, psychologue,  
Mme Evelyne NARAYANASSAMY, cadre de santé,  
Dr Iréné NKAM, psychiatre,  
Mme Corinne NOEL, représentant des usagers,  
Mme Edwige PAYET, infirmière,  
Mme Denise PELLASSY TARBOURIECH, directrice des soins,  
Mme Katia PIGNON, cadre de santé  
Mme Patricia PITOT, retraitée,  
Mme Annie POPOT, infirmière,  
Mme Françoise PREVOST, cadre supérieur de santé,  
Mme Claire PREVOST, cadre de santé,  
Mme Véronique RAYBAUD, cadre supérieur de santé,  
M. Louis RIBEIRO, cadre supérieur de santé,  
M. Francis RIVIERE, cadre de santé,  
M. Sébastien SAETTA, sociologue,  
Dr Béatrice SEGALAS, psychiatre,  
M. Emmanuel SEHIER, chargé de mission, REQUA  
M. Michel SOUCHU, cadre de santé,  
M. Jean-François STOCKMANN, cadre de santé,  
M. Roger TARRADE, directeur des soins,  
Dr Olivier TELLIER, psychiatre,  
Dr Michel TRIANTAFYLLOU, psychiatre,  
M. Philippe VAN MELLO, directeur des soins,  
Mme Sabrina VAZ, cadre de santé,  
Mme Livia VELPRY, sociologue,

M. Thierry VINCENT, documentaliste,  
Dr Philippe WEISS, psychiatre,  
Dr René WULFMAN, psychiatre.

# Modalités de réalisation

Le projet a comporté plusieurs étapes :

- la rédaction de la note de cadrage validée par le Collège de la HAS le 19 décembre 2013. La note présente le contexte du travail, en identifie les enjeux, définit sa finalité, ses objectifs opérationnels, et en délimite le champ ;
- la recherche documentaire et l'analyse de la littérature ;
- l'élaboration d'un guide, de programmes d'amélioration et d'outils par un groupe de travail ;
- la relecture du guide par un groupe de lecture et la prise en compte de ses avis ;
- la prise en compte de l'avis du comité de suivi du programme « psychiatrie et santé mentale ».

## ► Travail bibliographique

Une recherche documentaire sur les situations de violence en institution psychiatrique ainsi que sur les bonnes pratiques et les dispositifs d'amélioration relatifs à ce sujet a été conduite dans les bases de données de langues anglaise et française.

Les travaux pertinents ont été identifiés, en incluant les études qualitatives.

Cette recherche documentaire a été complétée par :

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

La note bibliographique vise à appréhender le champ des connaissances et données disponibles sur :

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

## ► Groupe de travail

### → La composition du groupe de travail

Le groupe de travail, coordonné et animé par la HAS, comprenait 34 experts prenant en compte la diversité des professions et des établissements publics et privés et services en psychiatrie :

- des professionnels concernés par la prise en charge des patients (infirmiers, psychologues, médecins psychiatres, cadres de santé) ;
- un ou des présidents de commission médicale d'établissement (CME) ;
- des directeurs d'établissements du secteur public et privé et un ou des responsables qualité ;
- des professionnels des unités pour malades difficiles (UMD) ;
- des représentants des patients et de leur entourage.

## → Le travail du groupe

Trente-quatre experts ont été sollicités pour participer au groupe de travail.

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

Six experts nationaux et internationaux ont été auditionnés, afin de bénéficier :

- d'une expertise relative aux situations de violence ;
- de retours d'expérience en matière de développement des compétences.

Sept réunions plénières de travail ont été organisées d'avril 2014 à juin 2015, complétées de travaux intermédiaires, échanges par courrier électronique et conférences téléphoniques, en sous-groupes.

Les étapes du travail ont consisté à :

- **formaliser les orientations** et principes retenus pour le travail ;
- conforter la délimitation du champ du travail ;
- **faire le point des connaissances** sur les incidents violents lors des hospitalisations psychiatriques permettant ainsi d'appréhender la complexité du phénomène ;
- **identifier les dimensions d'une démarche** de prévention et de gestion de la violence :
  - le travail autour des valeurs qui fondent ces démarches,
  - l'implication et le rôle de l'institution,
  - le projet et le fonctionnement en équipe ;
- **reconstituer le parcours de prise en charge** du patient avec une approche fondée sur la prévention des moments de violence. Ce parcours de prise en charge distingue **trois temps** :
  - la prévention initiale comprenant l'accueil, le travail de préparation en ambulatoire, notamment pour des patients connus, mais aussi la prévention mise en place au cours de l'hospitalisation, notamment pour les patients en hospitalisation de longue durée,
  - la prévention secondaire qui regroupe la prévention et la gestion de la crise,
  - la prévention tertiaire qui correspond aux actions à réaliser dans les suites d'une crise ;
- **identifier les points de cette prise en charge les plus sensibles** au regard de la littérature et sur la base des échanges au sein du groupe ;
- traduire ces points en termes de **connaissances, compétences et attitudes individuelles et collectives**. Ont été retenues notamment celles qui concernent :
  - les relations avec le patient et son entourage, les autres patients, les autres professionnels,
  - la prise en compte du rôle et de la place du patient dans sa prise en charge,
  - les données fondamentales éthiques, juridiques, scientifiques sur la violence (réalité, symptômes, diagnostic, traitement),
  - les représentations, valeurs, attitudes individuelles,
  - les valeurs partagées et l'organisation au niveau de l'équipe,
  - les valeurs collectives et l'organisation au niveau de la gouvernance,
  - la prise en compte de la famille,
  - l'appropriation/élaboration et l'utilisation de supports communs,
  - la gestion de l'information,
  - les démarches d'évaluation ;
- et, sur cette base, identifier les **éléments incontournables à prendre en compte** dans une démarche d'amélioration des pratiques ;
- définir pour chacun de ces éléments la finalité et les objectifs opérationnels d'amélioration des compétences et des pratiques.

Le travail a abouti à la proposition de **15 programmes pédagogiques complétés de 14 outils de mise en œuvre**.

## Démarche du groupe de travail « prévenir et prendre en charge les moments de violence lors des hospitalisations en service de psychiatrie »



### ► Groupe de lecture

Cent trente-sept experts ont été sollicités pour participer au groupe de lecture.

Leurs remarques et propositions ont été prises en compte dans la version finale.

### ► Prise en compte de l'avis du comité de suivi « psychiatrie et santé mentale »

Dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS, un comité de suivi représentatif des institutions, des organisations professionnelles et des associations d'usagers est mis en place.

Ce comité de suivi, présidé par le Dr Yvan Halimi, a vocation à être un lieu d'échanges entre la HAS et les parties prenantes externes afin de prendre en compte leurs préoccupations et leurs attentes. Ce comité a été consulté en amont du travail sur le cadrage du projet. En aval du travail du groupe, les productions lui ont été soumises pour avis.

# Abréviations et acronymes

|            |  |          |  |
|------------|--|----------|--|
| AAC        | analyse approfondie des causes   | DASA     | <i>Dynamic Appraisal of Situational Aggression</i>                                   |
| ALARM      | <i>Association of Litigation And Risk Management</i>   | DGOS     | Direction générale de l'offre de soins   |
| Anact      | Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail   | DHOS     | Direction hospitalière de l'offre de soins   |
| Anaes      | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  | DPC      | développement professionnel continu  |
| Anesm      | Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et médico-sociaux | DU       | diplôme d'université   |
| ANSM       | Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  | EBM      | <i>Evidence-Based Medicine</i>   |
| ARS        | agence régionale de santé  | EI       | événement indésirable  |
| Ascodocpsy | Assistance et coopération documentaire en psychiatrie  | EIAS     | événement indésirable associé aux soins  |
| ASD        | aide-soignant diplômé  | EIG      | événement indésirable grave  |
| ASHQ       | agent des services hospitaliers qualifiés  | EMC      | Encyclopédie médico-chirurgicale   |
| ASSSM      | Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie  | EPP      | évaluation des pratiques professionnelles  |
| AT         | accident du travail  | EPR      | événement porteur de risques   |
| ATCD       | antécédents  | EPSM     | établissement public de santé mentale  |
| CATTP      | centre d'accueil thérapeutique à temps partiel   | ES       | établissement de santé   |
| CH         | centre hospitalier   | ESAT     | établissement et service d'aide par le travail                                       |
| CHRS       | centre d'hébergement et de réinsertion sociale   | ESPIC    | établissement de santé privé d'intérêt collectif                                     |
| CHS        | centre hospitalier spécialisé  | ETP      | éducation thérapeutique du patient   |
| CHSCT      | comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail   | FAM      | foyer d'accueil médicalisé   |
| CHU        | centre hospitalier universitaire   | FEHAP    | Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif |
| CISS       | Collectif interassociatif sur la santé   | FFP      | Fédération française de psychiatrie  |
| CL         | check-list   | FMC      | Formation médicale continue  |
| CME        | commission médicale d'établissement  | FNAP-Psy | Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie                       |
| CMP        | centre médico-psychologique  | GAPP     | groupe d'analyse des pratiques professionnelles                                      |
| CNP        | conseil national professionnel   | GEM      | groupe d'entraide mutuelle   |
| CNQSP      | Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie  | HAS      | Haute Autorité de Santé  |
| CPVT       | comité de promotion de la vie au travail   | HCR-20   | <i>The Historical Clinical Risk Management 20 item scale</i>                         |
| CRA        | centre de ressources autisme   | IDE      | infirmier diplômé d'État   |
| CREX       | comité de retour d'expérience  | IGAS     | Inspection générale des affaires sociales  |
| CRUQPC     | commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge                           | IPAQH    | indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière            |
| CSIRMT     | commission des soins infirmiers et rééducation médico-techniques   | IRM      | imagerie par résonance magnétique  |
| CSP        | Code de la santé publique  | IST      | infection sexuellement transmissible   |
|            |  | LAP      | logiciel d'aide à la prescription  |
|            |  | MAS      | maison d'accueil spécialisée   |
|            |  | NASMHPD  | <i>National Association of State Mental Health Program Directors</i>                 |
|            |  | NIMHE    | <i>National Institute for Mental Health in England</i>                               |

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| NHS    | <i>National Health Service</i>                                 | SAMU   | service d'aide médicale d'urgence  |
| NICE   | <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>       | SAVs   | service d'accompagnement à la vie sociale  |
| OMH    | <i>(New York State) Office of Mental Health</i>                | SBAR   | <i>Situation Background Assessment Recommendation</i>                                |
| OMS    | Organisation mondiale de la santé                              | SDF    | sans domicile fixe   |
| ONVS   | Observatoire national des violences en milieu de santé         | SDT    | soins à la demande d'un tiers  |
| Pacte  | Programme d'amélioration continue du travail en équipe         | SL     | soins libres   |
| PSPH   | participant au service public hospitalier                      | SOAS-R | <i>Staff Observation Aggression Scale Revised</i>                                    |
| PTI    | protection du travailleur isolé                                | SPDRE  | soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État                          |
| QCM    | questionnaire à choix multiples                                | SPDT   | soins psychiatriques à la demande d'un tiers   |
| RBP    | recommandations de bonne pratique                              | SPF    | Service public fédéral   |
| RCP    | réunion de concertation pluridisciplinaire                     | SPL    | soins psychiatriques libres  |
| REQUA  | Réseau qualité des établissements de santé de Franche-Comté    | TED    | trouble envahissant du développement   |
| RMM    | revue de mortalité et de morbidité                             | UMD    | unité pour malades difficiles  |
| RNAO   | <i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>               | Unafam | Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques |
| SAED   | Situation antécédents évaluation demande                       |        |  |
| SAMSAH | service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés |        |  |

## → Pour en savoir plus

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)