

Outil pour l'amélioration des pratiques

Recueil de données sur le parcours du patient

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

→ Finalité

- Mettre à disposition de tous les acteurs une information cohérente et complète afin d'éviter les ruptures de prise en charge et prévenir les moments de violence.

→ Objectifs opérationnels

- Collecter les données concernant le patient.
- Connaître le patient dans son parcours : qui est-il ? D'où vient-il ? Où va-t-il ?
- Mettre en œuvre une démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents.

→ Cible

- Tous les professionnels de l'équipe.

→ Programme

Programme 2 – Évaluer de manière pluriprofessionnelle le patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation

Recueil de données sur le parcours du patient

→ Mode d'emploi de l'outil

L'outil est une « *check-list* » proposée aux professionnels pour aborder de la manière la plus complète possible les différents éléments à rechercher dans le cadre de l'évaluation pluriprofessionnelle du patient à l'accueil et en cours d'hospitalisation, en particulier dans la perspective de prévenir les moments de violence. Les équipes peuvent utiliser l'outil en l'état ou l'adapter en le traduisant sous forme de questionnaires à renseigner en prenant en compte les outils déjà existants et utilisés dans le service.

L'outil aborde uniquement la question de la collecte de données. De nombreux autres aspects sont à l'œuvre lors de l'accueil du patient. En particulier, le patient doit être accueilli dans un environnement bienveillant, avec empathie et respect. Il doit être informé et impliqué autant que faire se peut dans sa prise en charge. Ces aspects sont traités dans le guide méthodologique et dans d'autres outils.

→ Outil

A. Connaître le patient dans son parcours : qui est-il ? D'où vient-il ? Où va-t-il ?

1. Le patient : qui est-il ?

Il est important d'obtenir ces informations à partir de plusieurs sources : **le patient lui-même et, avec son accord**, son entourage, le médecin traitant, généraliste ou psychiatre, les professionnels de santé et médico-sociaux concernés, et les informations contenues dans le dossier du patient, notamment les comptes rendus d'hospitalisation antérieures. Le patient doit être rassuré sur le respect du **secret professionnel** et la **confidentialité des informations recueillies et partagées avec l'équipe de soins**.

Outil 4 - L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports

A. Ses troubles

a. Troubles psychiatriques :

- diagnostic actuel ;

- symptômes (angoisse, idées délirantes, hallucinations et notamment injonctions hallucinatoires, persécution par une ou des personnes désignées, syndrome d'influence, participation émotionnelle intense, excitation, symptomatologie dépressive, idées suicidaires, retrait social, émoussement affectif, désorganisation, méfiance, réticence...) ;
- histoire de la maladie (date de début, évolution des épisodes pathologiques et des symptômes, relation avec les événements de vie, conflits, facteurs de stress, longue durée de psychose non traitée...) ;
- antécédents psychiatriques (préciser l'importance de la maladie, les traitements, les médicaments, l'évolution, les hospitalisations, les médecins...) ;
- limites intellectuelles ;
- conscience des troubles ;
- prise du traitement et réponse thérapeutique ;
- consommation, abus ou dépendance à des substances psychoactives (drogues, médicaments et/ou alcool) ;
- attitude envers les soins, le médecin psychiatre, l'équipe soignante, les traitements, l'hospitalisation.

b. Trouble de la personnalité :

En particulier personnalité antisociale, limite ou psychopathique, associée notamment à des symptômes tels que l'impulsivité, l'hostilité, le manque de contrôle de ses émotions, l'intolérance à la frustration, un passé éventuel de violences...

c. Troubles somatiques :

L'interrogatoire du patient et de son entourage portera sur :

- les affections médicales, neurologiques (traumatisme crânien, épilepsie...) ;
- les antécédents somatiques ;
- tout problème médical actuel ou récent ;
- les traitements en cours ou récents.

Cette recherche de pathologies somatiques (traumatisme, intoxication, tumeur, pathologie vasculaire, déshydratation...) est particulièrement importante en cas de confusion mentale, laquelle nécessite un bilan médical approfondi.

Seront recherchés et pris en compte les facteurs de risque pouvant contre-indiquer certains traitements psychotropes (allongement de l'espace QT à l'électrocardiogramme, intolérance médicamenteuse, antécédent de syndrome malin des neuroleptiques...) et/ou liés aux mesures d'isolement ou de contention...

La prise en compte de la douleur est à considérer.

Un examen somatique complet doit être pratiqué.

Des examens complémentaires peuvent être utiles : bilan biologique à l'admission qui sera renouvelé si besoin, scanner cérébral, imagerie par résonance magnétique (IRM)...

Les risques liés à l'isolement ou la contention doivent être repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention mis en place le cas échéant (risque suicidaire, d'automutilation, de confusion, risque métabolique ou lié au traitement, température ambiante dans la chambre d'isolement inférieure à 19 ou supérieure à 25 °C...) (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé 1998).

Une attention particulière sera portée à certains indicateurs dans le cadre du suivi général de certains psychotropes (poids, taille, bilan lipidique, glycémie...) ou des indicateurs plus spécifiques (lithémie, fonction rénale, fonction thyroïdienne...).

d. Facteurs de risque particuliers :

- antécédents familiaux ;
- allergie ;
- grossesse ;
- consommation de toxiques/addictions ;
- risque suicidaire ;
- risque de violence.

B. Sa personne

a. Éléments d'histoire personnelle :

traumatismes dans l'enfance, carences affectives ou éducatives, milieu familial violent, inadaptation durant la jeunesse, antécédents judiciaires, cursus et projets scolaires ou professionnels, ambitions passées, attentes, représentations...

b. Mode de vie :

seul, en couple ou en famille, logement indépendant ou non, profession, ressources, protection juridique, degré d'autonomie dans la vie quotidienne, activités, loisirs, fréquentations, habitudes de vie (prise de toxiques...).

c. Comportement social :

relations avec son entourage, facteurs de stress, conflits interpersonnels ou problèmes sur le plan affectif, social, financier.

d. Rapport à la violence :

Il convient d'aborder avec délicatesse le thème de la violence lors d'un premier contact clinique, comme le précise le texte de l'audition publique de 2011 sur la dangerosité psychiatrique (Haute Autorité de Santé 2011 - recommandation n° 39).

Il importe 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 : « Est-ce que cela vous arrive de vous emporter, dans quelles circonstances, avec qui ? Est-ce que par la suite vous le regrettez ? »

On pourra poser des questions simples du type : « Comment gérez-vous les frustrations ? » ou « Qu'est-ce qui vous rend agressif ? » avec un déroulé simple en reformulation et résumé selon les réponses du patient.

L'association des trois facteurs de risque suivants peut servir de point d'appel pour une évaluation plus approfondie (Dubreucq 2005) :

- antécédents de violence et de comportements impulsifs (violences lors d'hospitalisations antérieures, crimes contre les personnes, agressions sexuelles, destruction de biens, tentatives de suicide, conduite automobile dangereuse, faible maîtrise de soi, faible capacité à respecter ses engagements, etc.) ;
- trouble mental sévère (troubles psychotiques, troubles de l'humeur) ;
- antécédents ou consommation d'alcool et/ou de drogues.

On différenciera plusieurs types de violence ainsi que leur degré de gravité et d'intensité (agression verbale, violence contre les objets, violence contre soi-même, violence contre autrui).

Il est important d'anticiper et de repérer le risque de violence à partir de plusieurs sources (patient, entourage, médecin traitant, dossier...).

Dans la recherche et la transmission des antécédents, on précisera l'existence et le contexte situationnel et émotionnel des moments de violence et les « signaux symptômes » propres au patient. Si un risque particulier est repéré, une évaluation approfondie sera menée (voir la section sur la démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents).

2. D'où vient-il ? Quelles sont les personnes ressources (aidants de première ligne) ?

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 et associés à l'évaluation du patient ainsi qu'à sa prise en charge.

Les coordonnées des intervenants auprès du patient tout au long de son parcours doivent lui être remises. Avec l'accord du patient, son entourage, le médecin traitant et les autres professionnels de santé ou sociaux concernés peuvent en être informés aussi.

A. Professionnels de santé et structures de soins impliqués

Les professionnels de santé et structures concernés par la prise en charge du patient doivent être bien repérés (psychiatre, médecin généraliste, infirmier(e), centre médico-psychologique, autre service ou établissement sanitaire ou médico-social...).

Le médecin qui adresse le patient à un établissement de santé doit accompagner sa demande d'une lettre de liaison. Cette lettre comprend le motif du recours à l'hospitalisation et donne toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Un médecin psychiatre doit être désigné pour la prise en charge du patient durant son hospitalisation. La mise en place d'une référence soignante, parfois exercée par deux ou trois membres de l'équipe, peut permettre de réunir l'ensemble des informations concernant le patient et d'assurer le lien avec les autres structures concernées. Il est souhaitable que l'un au moins des référents ait accueilli le patient lors de son admission. Un assistant social référent du patient est utile, participant à la continuité de la prise en charge.

Avec l'accord du patient, Il est souhaitable que :

- le psychiatre prenne contact avec le ou les médecins ayant déjà pris en charge le patient. Il est particulièrement important de demander les comptes rendus d'hospitalisations précédentes ;
- un membre de l'équipe soignante prenne contact avec la ou les équipes soignantes et les professionnels des établissements médico-sociaux ou sociaux connaissant la personne hospitalisée.

La transmission des informations entre l'extra et l'intra hospitalier doit se faire de façon rapide et aisée dans les deux sens, entre Centre médico-psychologique (CMP), autre service ou

établissement de santé, médecin généraliste... La fluidité des informations est facilitée si elle s'appuie sur des transmissions orales adossées à une fiche de liaison commune à l'ensemble des unités.

Outil 4 : L'information au service du parcours du patient : contenu, circuits, supports

B. Entourage

a. **Famille** (aidants familiaux de première ligne : parents, fratrie, conjoint...)

Il est souhaitable d'établir un lien de confiance avec elle, 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 :

1. mieux **accueillir** la famille dans « l'univers » de l'hôpital, pouvant être perçu comme un lieu inconnu, inhospitalier et déroutant.

Une information peut être délivrée sur la façon dont l'hôpital soigne, sur l'emploi du temps type d'une journée de patient mais aussi de soignant (vidéo du service, plaquette de présentation ou livret d'accueil version famille, etc.), sur les modalités de fonctionnement de l'unité de soins (horaires des visites, numéros de téléphone à utiliser afin d'avoir des nouvelles ou prendre un rendez-vous...);

2. **recevoir** la famille : pour un recueil de l'information la plus complète possible, il peut dans certains cas être préférable de prévoir un temps d'entretien en l'absence du patient. En dehors de situations d'urgence définies dans la réglementation, l'accord du patient est nécessaire pour les entretiens avec la famille. Il faut veiller notamment à ce que le patient ne se sente pas exclu. Si la famille est reçue seule, une restitution de l'entretien sera faite au patient.

On nuancera ce qui relève d'un simple recueil d'informations de ce qui relève de réunions pour aborder la situation du patient et les perspectives envisagées.

Les entretiens peuvent avoir un aspect informel, prenant prétexte du quotidien : lorsque les parents ou autres membres de l'entourage apportent des affaires à leurs proches, lorsqu'ils prennent des nouvelles, lorsqu'ils le raccompagnent après une sortie de courte durée, etc.

L'accueil privilégiera une attitude ouverte, bienveillante.

Il est important que le soignant se présente à la famille et propose de répondre à ses questions, dans les limites définies par la déontologie et la réglementation, en se référant au médecin si nécessaire.

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 *versus* ce qu'on peut en attendre.

Il est préférable que cette démarche se déroule petit à petit, à la façon d'une « cueillette » des données, 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 des données. Il faut permettre à l'entourage de trouver la bonne distance et poser le mot « maladie » sur le comportement déconcertant du patient.

b. Professionnels des établissements spécialisés médicosociaux ou sociaux d'origine du patient (foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyer de vie, foyer d'hébergement, établissement et service d'aide par le travail (ESAT), dispositifs sociaux : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidence accueil, appartement associatif..., y compris curateurs/délégués à la tutelle.

Établir une liaison dans les deux sens, comme avec la famille, dans le respect des droits du patient et de la réglementation.

3. Où va-t-il ?

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

A. Quel est le lieu de vie/travail probable à la sortie ?

Le lieu de vie probable à la sortie est défini et éventuellement révisé en cours de séjour hospitalier, par le patient et l'équipe, en accord avec les responsables du lieu de vie proposé (famille ou professionnels de la structure médico-sociale ou sociale). Il doit être défini le plus tôt possible et suffisamment à l'avance de façon à donner au patient et à ceux qui auront la charge de l'accompagner, le temps, le sentiment de continuité de la prise en charge, et la sécurité nécessaire à une prise en charge de qualité.

Cela doit être envisagé avec le patient, sa famille, les professionnels des établissements médico-sociaux ou sociaux d'origine ou suite à nouvelle

orientation (foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyer de vie, foyer d'hébergement, Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), dispositifs sociaux : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), résidence accueil, appartement associatif...).

B. Quel suivi sanitaire à la sortie ?

Le partage d'informations est essentiel à la qualité des soins et à la sécurité du patient et des soignants.

Un compte rendu d'hospitalisation doit être adressé dans un court délai au psychiatre traitant ainsi qu'au médecin généraliste. Il doit comporter le motif de l'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les résultats d'examens, le traitement médicamenteux actualisé et les suites à donner : conseils et surveillance particulière, rendez-vous et examens prévus et à programmer (médicaux, paramédicaux, sociaux).

Le cas échéant, l'équipe de secteur psychiatrique doit être informée dans les meilleurs délais des modalités de sortie du patient.

Les autres professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient doivent également être informés dans les meilleurs délais (infirmiers libéraux, etc.).

En cas d'inobservance du suivi [absence à un rendez-vous avec le psychiatre ou l'équipe chargée du suivi, à une séance d'hôpital de jour ou de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), etc.], il est recommandé de s'assurer qu'un contact a bien été repris avec le patient, de connaître les raisons de cette interruption et d'adapter si besoin la prise en charge.

On rappellera l'importance du suivi dans les 20 semaines suivant une hospitalisation pour prévenir la récurrence violente comme le précise l'audition publique de 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la dangerosité psychiatrique (Haute Autorité de Santé 2011).

Les ruptures dans la continuité des soins peuvent être évitées par :

- un dossier du patient bien tenu à jour, comprenant les informations relatives au suivi ambulatoire et à l'hospitalisation ;
- la possibilité d'accès à ce dossier à tout moment par les professionnels de l'établissement de santé impliqués dans la prise en charge ;
- une bonne qualité des transmissions entre les équipes soignantes ;
- des échanges avec les autres professionnels concernés ;
- une information du médecin traitant, notamment par l'envoi de lettres de liaison et comptes rendus d'hospitalisation dans un délai court ;
- un suivi rapproché dans les 20 semaines suivant une hospitalisation ;
- le fait de recontacter de façon systématique un patient absent lors d'un rendez-vous de suivi.

B. Démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents

L'audition publique de la Haute Autorité de Santé (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 » (Haute Autorité de Santé 2011) a posé les principes d'une démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents :

- une évaluation approfondie sera réalisée si le premier contact fait penser à un risque de violence ;
- 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. Ils viennent en complément des entretiens cliniques ;
- 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 projets réalistes ou voués à l'échec ;
- l'évaluation sera répétée devant toute modification importante de l'état clinique ou du contexte.

Il est important de connaître :

- les facteurs associés au risque de violence ;
- les éléments déclencheurs ;
- les signes précurseurs et signes d'alerte ;
- les stratégies de retour au calme ;
- les facteurs de protection.

1. Facteurs associés au risque de violence

Certains facteurs sont associés au risque de violence physique envers autrui.

Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n'est absolu.

La violence s'inscrit dans l'histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et de stabilisation.

On retrouvera ces facteurs dans les documents de l'audition publique de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la dangerosité psychiatrique (Haute Autorité de Santé 2011) et les recommandations internationales (National Institute for Health and Care Excellence 2015) ou parmi les items des instruments d'évaluation du risque de violence *The Historical Clinical Risk Management* (HCR-20)...

A. Facteurs sociodémographiques :

- âge < 40 ans ;
- genre masculin (mais le risque de violence envers autrui est également à considérer chez les femmes en cas de trouble mental majeur) ;
- célibat ;
- statut socio-économique précaire ;
- faible niveau d'éducation.

B. Facteurs liés à l'histoire du patient :

- antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération ;
- usage, abus ou dépendance envers l'alcool ou d'autres substances psychoactives ;
- troubles des conduites dans l'enfance ou l'adolescence ;
- mauvais traitements dans l'enfance et/ou antécédents de victimation, de violences subies, notamment dans l'année ;
- sentiments de colère ou pensées de violence ;
- intention exprimée de blesser autrui ;
- instabilité ;
- antécédent d'usage d'arme ;
- gravité des actes violents antérieurs ;
- lorsqu'il y a eu des moments de violence aigue :
 - la période (âge de début),
 - leur nature (violences verbales, contre les objets ou les personnes),
 - leur caractère impulsif, organisé ou imprévisible,
 - leur fréquence,
 - les circonstances,
 - le type de victimes,
 - une escalade dans les troubles du comportement,
 - le lien avec la prise de toxiques,
 - les problèmes avec la police ou la justice le cas échéant,
 - la présence éventuelle d'armes au domicile,
 - des idées de violence,
 - menaces de comportement violent,
 - des menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution, détention d'armes ou fascination pour les armes, rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses ;
- stress sévère récent, en particulier perte ou menace de perte ;
- limites intellectuelles ;
- défaut d'accès aux soins ;
- longue durée de psychose non traitée ;
- rupture ou absence de suivi, inobservance du suivi ou des traitements.

C. Facteurs cliniques :

- usage, abus ou dépendance envers l'alcool ou d'autres substances psychoactives ;
- symptômes actifs de schizophrénie ou de manie, notamment :
 - délire ou hallucinations focalisés sur une personne (persécuteur désigné),
 - injonctions hallucinatoires,
 - idées délirantes de contrôle ou d'influence,
 - agitation, excitation.

On portera attention aux patients souffrant d'autisme, de trouble envahissant du développement (TED) ou de psychose déficitaire, dont certains troubles neuropsychologiques exposent à des violences dans des moments de trop grande proximité en institution ;

- hostilité, colère ;
- angoisse, peur ;
- méfiance, suspicion, réticence ;
- incapacité à demander de l'aide, rejet systématique des traitements proposés ;
- introspection difficile ;
- déni des troubles et faiblesse de l'*insight* ;
- personnalité antisociale ou limite ;
- symptomatologie dépressive, idées suicidaires ;
- absence, refus ou inefficacité du traitement ;
- effets secondaires des médicaments (akathisie, désinhibition...) ;
- impulsivité, manque de contrôle de ses émotions, intolérance à la frustration ;
- comportement imprévisible, irrationnel ;
- intensité des symptômes ;
- mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant ;
- trouble mental organique.

D. Facteurs situationnels :

- début d'hospitalisation ;
- mutation ou transfert dans une autre unité de soins ;
- absence ou insuffisance dans le recueil des données, l'accès aux dossiers antérieurs et/ou les transmissions entre professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ainsi qu'avec les aidants de première ligne ;
- accès à un objet ou matériel dangereux ;

- cadre thérapeutique insuffisant ou inadapté (règles trop rigides, limites floues ou appliquées de façon inconstante, programmation d'activités insuffisante...);
- manque de disponibilité, d'écoute et de surveillance de la part du personnel (faible ratio soignant/patient, médecin/patient, manque d'expérience et d'encadrement des soignants);
- « pseudo-alliance thérapeutique » ;
- absence d'évaluation clinique d'un patient hospitalisé au long cours, « trop bien connu » de l'équipe de soins ;
- absence ou dysfonctionnement du système d'alerte et de renforts ;
- architecture ou locaux inadaptés.

2. Éléments déclencheurs

- angoisse, peur ;
- vécu d'injustice, d'humiliation, de perte de dignité, d'abandon, de rejet ;
- colère ;
- délire, hallucinations ;
- exposition à des facteurs de stress (refus, frustration, mauvaise nouvelle, modification de l'environnement, conflit interpersonnel, problème financier...);
- proximité excessive (sur-stimulation, absence d'intimité, concentration de patients désorganisés dans une même unité de soins, affluence de patients dans un espace commun lors de la distribution des médicaments, des repas...);
- relation à la victime potentielle (par exemple conflit relationnel, persécuteur désigné) ;
- attitude de la victime potentielle (victime vulnérable, imprudente ou provocatrice...).

3. Signes précurseurs, signaux d'alerte

L'existence de signes avant-coureurs (« signaux symptômes ») est à rechercher :

- tension, agitation psychomotrice croissante, colère ;
- modifications de l'aspect physique (pâleur, sueurs, regard noir, contraction des mâchoires, tension musculaire...);
- actes récents de violence physique contre les personnes ou les biens ;
- menaces verbales ou physiques ;
- mécontentement, refus de communiquer, retrait, irritabilité ;

- comportement similaire à celui précédant un passage à l'acte antérieur ;
- utilisation ou port d'objet pouvant servir d'arme ;
- intensité des symptômes psychiatriques (agitation, angoisse, hallucinations, manie, délire, dépression) ;
- délire ou hallucination à contenu violent ;
- troubles cognitifs, incapacité à se concentrer.

4. Stratégies de retour au calme

Il existe des techniques de désamorçage de crise à déployer en veillant à la qualité d'écoute, la bienveillance, la mise en place de solutions d'apaisement.

La recherche avec le patient de comportements alternatifs à la violence en cas de stress ou de tension doit être favorisée.

Avec l'aide de l'équipe soignante, le patient peut identifier des moyens d'apaisement et des stratégies de retour au calme. Un plan de prévention partagé peut ainsi être élaboré.

Outil 3 - Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le patient

5. Importance d'une approche d'ensemble prenant en compte les facteurs de protection

L'évaluation du risque de violence doit porter à la fois sur les éléments :

- relationnels ;
- situationnels ;
- l'ensemble des facteurs associés au risque de violence ;
- les moyens d'apaisement et personnes ressources ;
- mais aussi les facteurs de protection (diminution du risque) :
 - éducation,
 - empathie,
 - bon contrôle émotionnel, stabilité affective et professionnelle,
 - encadrement familial et social de bonne qualité,
 - prise en charge et traitements adaptés,
 - existence d'une alliance thérapeutique, même partielle,
 - critique que le patient peut faire de ses moments de violence.

Annexe

Items de la *Historical Clinical Risk-20* HCR-20

La littérature suggère l'intérêt d'une intégration en routine d'outils d'évaluation du risque dans une démarche d'équipe pluriprofessionnelle (Van de Sande 2011). La mise en œuvre de ces instruments favorise l'utilisation d'un langage commun en vue d'améliorer la communication en matière de prévention et de gestion des comportements de violence. Elle nécessite une formation.

Si une équipe souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps (Haute Autorité de Santé 2011). On peut donner l'exemple de l'outil The Historical Clinical Risk Management 20 scale (HCR-20) (Webster 1997 5560). Cet outil n'a pas été validé en France. Ses items peuvent cependant être utilisés à l'appui d'une démarche clinique rigoureuse permettant un passage en revue systématique des facteurs de risque.

D'après *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20), Webster ©, 1997. Adaptation : Voyer M, Millaud F, Dubreucq JL, Senon JL. Clinique et prédiction de la violence en psychiatrie. *Encycl Méd Chir Psychiatrie* 2012;37-510-A-20

Facteurs historiques (score de 0 à 20)	Facteurs cliniques (score de 0 à 10)	Facteurs de gestion du risque (score de 0 à 10)
H1. Violence antérieure	C1. Introspection difficile	R1. Projet manquant de faisabilité
H2. Premier acte de violence pendant l'enfance	C2. Attitudes négatives	R2. Exposition à des facteurs déstabilisants
H3. Instabilité des relations intimes	C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave	R3. Manque de soutien personnel
H4. Problèmes d'emploi	C4. Impulsivité	R4. Inobservation des mesures curatives
H5. Problèmes de toxicomanie	C5. Résistance au traitement	R5. Stress
H6. Maladie mentale grave		
H7. Psychopathie		
H8. Inadaptation durant la jeunesse		
H9. Troubles de la personnalité		
H10. Échecs antérieurs		

→ Références

- 1 - 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
- 2 - Dubreucq JL, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. Ann Méd Psychol 2005;163:852-65.
- 3 - Haute Autorité de Santé. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. Rapport d'orientation. Saint Denis La Plaine: HAS; 2011.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011_07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf
- 4 - National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline. Manchester: NICE; 2015.
<http://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
- 5 - Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behav Sci Law 2006;24(6):799-813.
- 6 - Phaneuf M. La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement. Montréal: Chenelière éducation; 2011.
- 7 - Shea S-C, Terra JL, Séguin M. La conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension. Paris: Elsevier Masson; 2005.
- 8 - Van de Sande R, Nijman HL, 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.
- 9 - Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart S: HCR-20: Assessing Risk for Violence, Version 2.

→ Pour en savoir plus

[Le guide méthodologique](#)

[Les 14 outils](#)

[Les 15 programmes](#)

[Le rapport bibliographique](#)



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