

Outil pour l'amélioration des pratiques

Plan de prévention partagé : une démarche travaillée avec le 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

- Renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, y compris dans la prévention et la gestion des moments de violence.
- Faciliter l'alliance thérapeutique.

→ Objectifs opérationnels

Pour les patients qui en ont besoin et qui le souhaitent :

- leur permettre de repérer avec l'aide des professionnels :
 - ce qui peut les amener à perdre le contrôle d'eux-mêmes (facteurs de risque et circonstances déclenchantes),
 - la manière dont se manifestent ces pertes de contrôle (signes précurseurs),
 - ce qui peut les aider à retrouver leur calme (stratégies d'apaisement efficaces, éventuellement de sédation...).
- élaborer un plan de prévention partagé à partir de ces éléments ;
- mettre en œuvre ce plan dans la mesure du possible.

→ Programme

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

Plan de prévention partagé

→ Mode d'emploi de l'outil

Cet outil est une aide proposée aux équipes pour faciliter leur démarche d'amélioration ; les professionnels peuvent l'utiliser pour formaliser leur réflexion ; c'est un canevas à adapter à leurs spécificités, leurs ressources, leurs contraintes.

→ Outil

1. Associer le patient à la prévention et à la gestion de ses moments de violence

Les moments de violence sont souvent précédés de signes avant-coureurs qui diffèrent d'une personne à l'autre (Sheridan 1990) (Ogloff 2006). De même, les circonstances déclenchantes de la violence sont spécifiques. Chacun a aussi des méthodes personnelles pour retrouver son calme.

Associer le patient au repérage des signes précurseurs, des circonstances déclenchantes, et des stratégies d'apaisement efficaces permet de mieux prévenir et gérer les moments de violence.

Les bénéfices attendus d'une démarche de prévention de la violence associant le patient :

- à court terme, apprendre à reconnaître les signes précurseurs d'un épisode clinique contemporain d'un moment de violence permet au patient de mettre en place des stratégies de retour au calme avec l'aide de l'équipe, évite ainsi des incidents violents et limite le recours à la contention et à l'isolement ;
- à plus long terme, associer le patient à la prévention et à la gestion des moments de violence renforce et valorise ses capacités d'autonomisation.

Comme dans d'autres domaines, l'implication du patient dans ses soins et la construction d'un partenariat avec le patient constituent des leviers pour l'amélioration de la prise en charge.

La démarche proposée ici s'apparente par exemple aux stratégies mises en place pour aider les personnes porteuses de maladies chroniques à anticiper et gérer les crises (Haute Autorité de Santé 2015).

2. Aborder la question de la violence avec le patient

L'audition publique sur la dangerosité psychiatrique (Haute Autorité de Santé 2011) a souligné l'importance d'aborder systématiquement le thème de la violence lors d'un premier contact clinique (recommandation n° 39).

Il est recommandé de s'adresser 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 ? Comment ? Par la suite le regrettez-vous ? ».

En fonction des réponses du patient, des données collectées au cours de l'examen clinique et auprès d'autres personnes (entourage...) des facteurs de risque de violence peuvent être identifiés.

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

Dans ce cas, selon l'état du patient et ses souhaits, l'équipe peut proposer au patient de participer à l'élaboration d'un plan de prévention, dans le cadre de son projet thérapeutique individualisé.

[Outil 1 - Projet thérapeutique individualisé](#)

3. Élaborer un plan de prévention

Ce plan de prévention vise à permettre une reconnaissance précoce par le patient des signes avant-coureurs des comportements potentiellement violents et favorise la reprise de contrôle. Il permet aussi de définir à l'avance des conduites à tenir pour ce patient en cas de crise.

Il existe des outils pour une prévention partagée avec le patient (Visalli 2000 372) (Hellerstein 2008) (Service public fédéral 2011). Il y a encore peu d'études évaluant les effets de leur mise en œuvre mais la littérature disponible suggère l'existence d'un impact positif (Hellerstein 2007)(Fluttert 2008).

Il est conseillé d'établir ce plan de prévention à partir d'un ou plusieurs entretiens avec le patient. Avec l'accord du patient, des recommandations complémentaires pourront être recueillies auprès de la famille et des proches. L'état clinique du patient est à prendre en compte ainsi que ses souhaits. Le patient peut ne pas pouvoir ou vouloir répondre à certaines questions ou souhaiter renoncer à la démarche.

L'entretien abordera plusieurs sujets (voir proposition de guide d'entretien en annexe) :

- l'existence de pertes de contrôle et leur nature (hétéroagression, violence verbale, autoagression associée...);
- les circonstances qui ont tendance à entraîner des pertes de contrôle (bruits, promiscuité, certaines visites, attitudes...);
- les signes avant-coureurs (déambulation, raidissement des muscles, irritabilité, plaintes somatiques...);
- les stratégies d'apaisement efficaces (un temps au calme, éventuellement dans un espace d'apaisement spécialement aménagé et équipé, un échange, mais aussi : crier, déchirer du papier, se mettre sous une couverture épaisse...);

Outil 6 - Mise en place d'espaces d'apaisement

- les personnes ressources (famille, soignant) ;
- les traitements médicamenteux qui ont déjà été efficaces.

Selon l'état du patient, l'entretien pourra aborder la question des éventuelles restrictions de liberté afin d'informer le patient qu'il s'agit d'indications de dernier recours ainsi que du souhait de l'équipe de rechercher autant que possible des alternatives.

4. Mettre en œuvre et réévaluer le plan de prévention

Les résultats de cet entretien ont vocation à être tracés dans un plan spécifique qui reprendra les rubriques proposées ci-dessus.

Un exemplaire du plan sera remis au patient, l'autre figurera dans le dossier du patient et intégrera le projet thérapeutique individualisé.

Une fois le plan établi :

- l'équipe s'engage à en tenir compte et à faire son possible pour mettre en œuvre les solutions définies avec le patient ;
- le patient est sensibilisé à l'intérêt d'alerter l'équipe sur la survenue de signes précurseurs ;
- en cas de situation de tension, son désamorçage inclura toujours la proposition de mettre en œuvre les méthodes d'apaisement inscrites dans le plan de prévention.

Outil 5 - Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

Le plan devra être réajusté :

- à tout moment, notamment à la demande du patient s'il souhaite le compléter ;
- après un incident violent, en fonction des résultats des entretiens de reprise avec le patient et de leurs enseignements.

Outil 8 - Prise en charge d'un patient après un état d'agitation

Annexe : Guide d'entretien avec le patient

Ce guide d'entretien est proposé pour aider à l'élaboration d'un plan de prévention partagé avec le patient¹. C'est une trame pour structurer une rencontre avec le patient. Elle doit être adaptée aux différentes situations rencontrées et à l'état du patient. D'autres questions peuvent être posées, certaines questions suggérées peuvent ne pas être posées. Les questions peuvent être formulées différemment et sont à adapter à l'état clinique du patient. Il faut accepter que le patient ne puisse ou ne veuille pas répondre aux questions. Le travail de verbalisation n'a de sens et d'intérêt que si la personne se sent respectée et émotionnellement soutenue.

L'existence de pertes de contrôle et leur nature

Vous arrive-t-il de vous emporter ? Cela vous est-il arrivé récemment ?

Que vous est-il arrivé de faire lorsque vous vous sentiez perturbé et/ou que vous avez perdu votre calme ?

Les circonstances qui ont tendance à entraîner des pertes de contrôle

Pouvez-vous nous dire ce qui a tendance à vous perturber ou vous faire perdre votre calme ?

Par exemple : être regardé d'une certaine façon, ne pas avoir l'impression d'être respecté, être isolé, être exposé au bruit, être entouré de monde, être touché, être dans le noir, avoir l'impression d'être contraint de faire quelque chose...

Les signes avant-coureurs

Comment vous comportez-vous quand vous commencez à perdre le contrôle ?

Par exemple : déambulation, raidissement des muscles, irritabilité, plaintes somatiques, perte de sommeil, augmentation de l'anxiété, arrêt de la toilette quotidienne, repli, difficultés de concentration, volubilité...

Les stratégies d'apaisement efficaces, personnes ressources, traitements médicamenteux

Qu'est-ce qui vous aide à retrouver votre calme ?

Par exemple : être seul dans sa chambre, s'asseoir à côté d'un soignant, prendre une douche, parler à un ami, parler à un soignant, faire du sport, écouter de la musique, regarder la télé, crier, déchirer du papier, se mettre sous une couverture épaisse, malaxer de l'argile, marcher dehors, frapper dans un oreiller...

Y a-t-il des personnes qui peuvent vous aider à retrouver votre calme ? Qui ?

Y a-t-il des traitements médicamenteux qui ont déjà « marché » lorsque vous avez perdu votre calme ? Accepteriez-vous de prendre ces médicaments ?

¹ Ce guide a été construit en prenant appui sur les outils proposés dans les publications en référence.

→ Références

- 1 - Fluttert F, van Meijel B, Webster C, Nijman H, Bartels A, Grypdonck M. Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. Arch Psychiatr Nurs 2008;22(4):208-16.
- 2 - 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
- 3 - Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
- 4 - Haute Autorité de Santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mise au point ... organisation des parcours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040151/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
- 5 - Hellerstein DJ, Staub AB, Lequesne E. Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. J Psychiatr Pract 2007;13(5):308-17.
- 6 - 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.
- 7 - 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.
- 8 - 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
- 9 - Service public fédéral, Santé publique sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, Verhaeghe,S, Lauwaert,K, Filion,N, Caillet,O, *et al.* Prévenir et gérer la violence en psychiatrie. Bruxelles: SPF; 2011. <http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@mentalcare/documents/ie2divers/19080065.pdf>
- 10 - Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. Hosp Community Psychiatry 1990;41(7):776-80.
- 11 - Visalli H, McNesser G. Un modèle efficace de pratique sans contention. Soins Psychiatr 2000;(210):30-2.

→ 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