



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Episodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ?

QUESTIONS / RÉPONSES

SOMMAIRE

Contexte : fréquence des épisodes de violence, auteurs, victimes, conséquences.....	2
o Une personne présentant des troubles mentaux graves est-elle forcément une personne violente ?.....	2
o Quelle est l'ampleur des incidents violents dans les services et établissements psychiatriques ?.....	3
o Quels sont les patients à l'origine de cette violence ?	3
o Qui en est victime ?	3
o Quelles en sont les conséquences ?.....	3
Les causes des moments de violence.....	4
o Y a-t-il des facteurs qui favorisent les moments de violence ? Qui peuvent les limiter ?	4
o Comment survient un moment de violence ?	4
Eviter et mieux prendre en charge les moments de violence.....	5
o Comment éviter les moments de violence ?.....	5
o Comment mieux gérer les moments de violence quand ils se produisent ?	7
o Dans quelles situations extrêmes, la contention ou l'isolement peuvent-ils être envisagés ?	7
Améliorer au quotidien la qualité des soins dans les services de psychiatrie ...	7
o Quels sont les bénéfices des actions de prévention et de prise en charge des moments de violence ?	7
o Comment les professionnels de santé peuvent-ils s'organiser pour faire face à la violence ?	8

Points clés

400 000 personnes sont annuellement hospitalisées en France dans les services de psychiatrieⁱ.

Selon les études internationales :

- ✓ Il y aurait 3 incidents par semaine liés à des moments de violence dans chaque unité d'hospitalisation en psychiatrie, ce qui représenterait environ 500 000 incidents par an en France.
- ✓ Les victimes sont, à part égale, les professionnels et les patients hospitalisés dans ces services.
- ✓ Si on estime qu'environ 30% des patients hospitalisés peuvent avoir des manifestations d'agressivité (y compris les violences verbales ou contre des objets), seulement 2% des patients ont de manière répétée des moments de violence selon une étude internationale de référence.
- ✓ Des stratégies de prévention efficaces existent : elles permettent de réduire de plus de moitié la fréquence des manifestations de violence mais aussi celle des mesures de restriction de liberté.

Contexte : fréquence des épisodes de violence, auteurs, victimes, conséquences

- **Une personne présentant des troubles mentaux graves est-elle forcément une personne violente ?**

Toutes les personnes souffrant de troubles mentaux graves ne sont pas violentes et tout fait de violence dans la société n'est pas imputable à la maladie mentale. Toutes les études montrent que les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que rarement impliquées dans une violence faite à des tiers : tous types de violence confondus, 3 à 5 % seulement des actes violents dans la société seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux. Si on constate dans les études épidémiologiques une augmentation du risque de violence exercée par les personnes souffrant de troubles mentaux graves (schizophrénie ou troubles bipolaires notamment) par rapport à celui de la population générale, celles qui ont commis des actes violents sont en nombre absolu très peu nombreuses.

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 est plutôt liée à certains moments critiques de l'évolution des troubles graves en lien avec d'autres facteurs (facteurs médicaux, sociaux, par exemple une consommation d'alcool ou de substances psychoactives)ⁱⁱ.

- **Quelle est l'ampleur des incidents violents dans les services et établissements psychiatriques ?**

Le dernier rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) publié en août 2016 indiquait que la psychiatrie était, en nombre d'incidents déclarés, le secteur hospitalier le plus touché par la violenceⁱⁱⁱ. Le travail de la HAS porte spécifiquement sur les moments de violence des patients durant l'hospitalisation en psychiatrie. L'hospitalisation est un cadre particulier de l'expression de la violence, et on estime aujourd'hui que 3 incidents liés à des moments de violence des patients se produiraient en moyenne chaque semaine dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie^{iv}. Cette violence - celle dirigée vers l'autre ou l'extérieur (hétéroagression) - peut être une violence verbale ou physique et à l'encontre des personnes ou des objets.

- **Quels sont les patients à l'origine de cette violence ?**

Si on estime qu'environ 30% des patients hospitalisés peuvent avoir des manifestations d'agressivité (y compris violence verbale ou contre des objets)^v, une minorité de patients est à l'origine d'une large proportion des incidents. En effet, selon une étude internationale de référence, environ 2% des patients admis auraient des moments de violence répétés et seraient à l'origine de 70% des incidents^{vi}.

De plus, les épisodes de violence sont particulièrement fréquents dans 2 situations : durant la phase aiguë de la maladie, et plus particulièrement dans les heures et les jours qui suivent l'admission à l'hôpital, mais également dans les unités accueillant des patients en hospitalisation de longue durée.

- **Qui en est victime ?**

Les enquêtes réalisées montrent que les victimes sont, à part égale, les professionnels des services de psychiatrie et les patients^{vii}. Entre 40% et 90% des soignants de psychiatrie interrogés dans les enquêtes disponibles disent avoir été agressés par un patient au cours de l'année écoulée^{viii}.

Et du côté des patients, 26% disent avoir été victimes d'une agression par un autre patient et 54% se sont sentis menacés par d'autres patients au cours de leur hospitalisation selon une enquête américaine^{ix}.

- **Quelles en sont les conséquences ?**

Dans un cas sur deux, un moment de violence prend la forme d'une agression physique. Mais seuls 1 à 5 % de ces agressions nécessitent une prise en charge médicale somatique^x. Les impacts psychologiques - pour la personne agressée mais aussi pour celles qui sont témoins de ces épisodes - sont toutefois très importants. Chez les professionnels, l'anxiété, la peur, la colère, le sentiment de culpabilité, la perte de confiance dans ses compétences professionnelles mais aussi des symptômes de stress post-traumatiques ont été observés. Ils peuvent avoir le sentiment d'être abandonnés par l'institution ou d'être rendus responsables par le reste de l'équipe. Chez les patients victimes ou témoins, l'effet de la violence a été moins étudié, mais les études disponibles montrent leur sentiment d'insécurité dans un univers parfois déjà ressenti comme anxiogène, avec un risque de perturbations du sommeil, d'accroissement du sentiment de tristesse ou de colère.

En outre des mesures de restriction de liberté (contention et isolement) sont souvent mises en place en réponse aux moments de violence des patients, alors qu'il convient de les limiter au maximum.

Les causes des moments de violence

- **Y a-t-il des facteurs qui favorisent les moments de violence ? qui peuvent les limiter ?**

Trois principaux facteurs sont retrouvés à l'origine de la violence :

- l'état de santé du patient,
- le contexte : l'institution, l'environnement physique, le fonctionnement du service...,
- les interactions individuelles avec les autres patients et les professionnels de santé.

C'est une combinaison de ces 3 facteurs qui favorise la survenue d'un moment de violence chez les patients hospitalisés.

Au contraire on sait que d'autres facteurs peuvent limiter les risques de violence et ses conséquences :

- En ce qui concerne le patient : les conditions de son accueil, le respect de ses droits, l'information qui est lui donnée ainsi qu'à son entourage, une prise en charge prenant en compte son point de vue et des symptômes de sa maladie,
- En ce qui concerne les professionnels et de l'établissement : les compétences cliniques et relationnelles des professionnels, la gestion des équipes et le travail d'équipe, l'implication de l'encadrement et de la gouvernance des établissements.

- **Comment survient un moment de violence ?**

La violence résulte d'un processus complexe comprenant à la fois l'histoire clinique et individuelle du patient, sa souffrance et son état à cet instant, l'ambiance du service, ainsi que des circonstances extérieures.

S'il n'est pas possible de rendre compte de l'ensemble des situations générant de la violence, 4 étapes peuvent toutefois être identifiées, bien différenciées et caractéristiques de nombreuses situations rencontrées lors des hospitalisations en psychiatrie.

- ⇒ **1. Un contexte initial : le patient à un moment particulier de son hospitalisation**

Le patient se trouve dans une situation particulière au sein de l'institution : histoire personnelle, évolution de sa maladie, histoire et liens avec le personnel et les autres patients,...

- ⇒ **2. Une montée de tension due à une circonstance extérieure**

Outre l'état du patient à cet instant, l'augmentation de la tension peut être favorisée par des demandes du patient auxquelles il n'est pas répondu de façon appropriée ou respectant les droits du patient : téléphone, cigarette, accès à la chambre et aux objets personnels...

Dans les services de long séjour, les moments de tension surviennent le plus souvent quand la proximité entre les patients, ou entre patients et soignants, est trop importante, ne préservant pas suffisamment l'intimité du patient : lever, toilette, repas...

Elle peut également être due à des circonstances extérieures, par exemple un parent qui annonce sa visite et ne vient pas, ou à un conflit avec un autre patient.

⇒ **3. Une aggravation de la tension intérieure et de la souffrance du patient**

Dans ce contexte, les symptômes du patient peuvent s'aggraver (angoisse, idées de persécution...). Il exprime souvent un sentiment d'injustice, de perte de dignité qui entre en résonance avec un vécu pénible antérieur. Si sa souffrance n'est pas reconnue à ce stade, le passage à l'acte est imminent.

⇒ **4. Le passage à l'acte**

Celui-ci pourra prendre des formes diverses et une intensité variable (violences verbales, physiques, etc.)

À chacun de ces paliers, la situation peut « escalader » ou, en fonction de l'intervention des professionnels de l'équipe, s'apaiser (*cf. question suivante*).

Eviter et mieux prendre en charge les moments de violence

○ **Comment éviter les moments de violence ?**

Comprendre le processus de déclenchement des moments de violence est indispensable pour pouvoir la prévenir ou la désamorcer. Mais cela ne se réduit pas à gérer les moments où une montée de tension est identifiée. Il faut dès l'admission tout mettre en place pour connaître le patient, l'accueillir avec bienveillance, en faire un acteur de sa prise en charge et suivre son évolution en assurant la communication entre les différents professionnels.

⇒ **Dès l'admission et tout au long de la prise en charge**

Il faut accueillir le patient, se donner les moyens de le connaître, lui présenter les soignants, l'informer et l'impliquer dans ses soins en respectant ses droits. Même lors des phases les plus aigües de la maladie, les patients hospitalisés en psychiatrie conservent une certaine capacité d'échange et de relation avec les personnels soignants et leur environnement. C'est ce qui doit servir de base pour établir d'une alliance thérapeutique avec le patient.

C'est pourquoi il est toujours indispensable:

- d'avoir une attitude d'écoute bienveillante et empathique avec le patient, de connaître dès l'admission ses antécédents, son histoire, en évitant la stigmatisation et en établissant une relation de confiance ;
- d'associer le patient dans l'élaboration d'un parcours de soins et d'un projet de vie individualisé, avec des objectifs de prise en charge dans le temps, régulièrement évalué en concertation ;
- de rendre le patient acteur en élaborant avec lui des stratégies de prévention de la violence : repérer avec lui les signes précurseurs, les circonstances déclenchantes, les facteurs de protection,...

- d'assurer la communication entre les différents professionnels, et la continuité des soins notamment avec un projet thérapeutique afin de suivre l'histoire, l'évolution et les perspectives du patient de manière synthétique.

⇒ **Lorsqu'il y a une montée de tension : identifier les signaux d'alerte, écouter le patient pour éviter l'escalade vers la violence**

Il faut s'employer à identifier et cerner la logique qui va amener à un comportement violent afin de pouvoir la désamorcer à temps. La connaissance acquise du patient, les interactions créées avec lui et le suivi de sa prise en charge sont des éléments indispensables. Lorsque la tension monte, il est notamment recommandé :

- de repérer les changements d'attitude, de comportement ;
- de miser sur l'écoute et le lien : être attentif aux mots et aux gestes des patients ;
- de s'accorder un moment et un lieu dédié pour accueillir le patient qui a besoin de temps et de calme ;
- de repérer les soignants qui sont les plus rassurants pour le patient, qui ont la meilleure qualité de relation avec lui ;
- de ne pas entrer dans une relation en miroir : savoir se décaler, ne pas prendre cela pour soi, avoir conscience de ses propres émotions pour pouvoir prendre le dessus ;
- lorsque c'est possible, de faire le lien avec les personnes-ressources (famille, proches...);
- de donner au patient des moyens pour surmonter son anxiété et son agressivité et s'appuyer sur ses ressources pour désamorcer la crise.

⇒ **Après une montée de tension : comprendre ce qui s'est passé pour en tirer des enseignements pour la suite**

Après une montée de tension, il convient de mener avec le patient et en équipe une analyse approfondie dès que possible afin de comprendre ce qui s'est passé et de mettre en œuvre des actions pour que cela ne reproduise pas.

Tout de suite après l'incident, il faudra notamment :

- apaiser la tension psychique du patient en adaptant si nécessaire son traitement pharmacologique ;
- informer le patient et lui expliquer les soins prodigués ;
- si nécessaire, continuer d'avoir recours aux techniques de désamorçage de crise ;
- éviter autant que possible que le patient ait un vécu punitif de l'épisode ;
- faciliter le maintien d'une relation de confiance ;
- rassurer le patient quant à ses capacités de contrôle et d'autonomisation.

Après le retour à un état de calme :

- restaurer le lien thérapeutique et fournir un soutien émotionnel au patient. Cela implique de l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;
- identifier les éventuels besoins d'interventions spécialisées ;
- mieux comprendre, avec le patient, l'événement, ses facteurs internes et contextuels, pour prévenir sa récurrence ; ces éléments pourront en particulier aider l'équipe de soins à identifier les dysfonctionnements organisationnels qui ont pu contribuer au déclenchement de la violence ;

- poursuivre un travail visant la reconnaissance de signes avant-coureurs et l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources.

- o **Comment mieux gérer les moments de violence quand ils se produisent ?**

Si un moment de violence n'a pas pu être évité, l'objectif est de contenir la violence, protéger les autres patients et le personnel :

- identifier le risque et ajuster ses réponses de façon proportionnée et adaptée au cas du patient ;
- écarter le patient des autres patients, notamment à risque, aménager l'espace pour permettre au patient de s'apaiser ;
- maintenir une distance de sécurité ;
- maintenir la continuité d'un lien verbal avec le patient : avant, pendant et après la crise ;
- faire appel à une équipe de renfort si besoin

Dans la suite d'un incident, il convient de mettre en place la même démarche qu'après un moment de tension (*cf. question précédente*). Après l'incident, ce moment critique peut s'avérer comme un temps d'apprentissage pour le patient sur son propre fonctionnement, qu'il ne maîtrise pas toujours, et pour les professionnels de santé.

- o **Dans quelles situations extrêmes, la contention ou l'isolement peuvent-ils être envisagés ?**

Toutes les alternatives aux mesures de restriction de liberté doivent être explorées (désamorçage, traitement médicamenteux...). L'isolement et la contention sont des pratiques d'ultime recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, et pour une durée limitée. Cette dimension spécifique fait l'objet d'un travail actuel de la HAS qui en publiera les conclusions début 2017.

Améliorer au quotidien la qualité des soins dans les services de psychiatrie

- o **Quels sont les bénéfices des actions de prévention et de prise en charge des moments de violence ?**

Les études montrent que les démarches de prévention et de prise en charge de la violence en unité psychiatrique permettent de diminuer jusqu'à 68% la fréquence des incidents violents et jusqu'à 45% le recours à des mesures de restriction de liberté (contention et isolement)^{xi}. La prévention et la gestion des incidents violents permettent de se recentrer sur l'objectif premier de l'hospitalisation : délivrer des soins et œuvrer au bon rétablissement des patients.

Ainsi pour les patients, ces actions permettent d'assurer des soins de qualité et une hospitalisation dans les meilleures conditions. Pour ceux ayant des moments de violence, ils sont moins soumis à des mesures de contention et d'isolement et cela peut les aider à

apprendre à réguler leur propre violence. Cela a également un bénéfice pour les autres patients qui vont pouvoir évoluer dans un cadre de soins plus serein.

Pour les professionnels de santé, ces mesures permettent de créer un cadre où le soignant peut exercer sa mission plus sereinement. La relation thérapeutique avec le patient est améliorée : écoute authentique du patient, identification et suivi des symptômes, recherche des stratégies de soins adaptées à ses besoins et équilibre entre les règles de vie collectives et les besoins individuels.

- **Comment les professionnels de santé peuvent-ils s'organiser pour faire face à la violence ?**

Différentes actions doivent être mises en place au niveau de l'établissement, des équipes et des professionnels de manière individuelle :

- se mobiliser au niveau de l'établissement pour la prévention de la violence : construire un projet d'établissement autour de valeurs communes en incluant les représentants des usagers ;
- définir au sein de chaque équipe une stratégie de prévention des épisodes de violence (approche pluriprofessionnelle, développement des compétences, transmission des données entre professionnels,...)
- recenser et analyser tous les moments de violence qui ont eu lieu : systématiser les retours d'expériences et leur analyse en équipe après un incident violent : analyse sur le plan clinique et recontextualisation des comportements des patients et des soignants ;
- gérer les conséquences des moments de violence pour les patients mais aussi pour les professionnels : après un épisode de violence, créer les conditions favorables à la poursuite de soins pour les patients, à l'accompagnement des victimes (patients ou professionnels) et à la gestion par les professionnels de leurs propres représentations et émotions face aux situations de violence.

Le programme « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS

Contexte et objectifs du programme

Depuis 2013, la HAS a lancé un programme centré sur l'organisation des parcours de soins des personnes atteintes de troubles mentaux.

➤ Un objectif : répondre aux besoins des professionnels et des patients pour améliorer concrètement la qualité des prises en charge

➤ Trois axes de travail prioritaires : la prise en charge de la dépression (repérage, traitement, suivi et collaboration entre psychiatres et médecins généralistes), les parcours des personnes en situation de handicap psychique (assurer la continuité des prises en charge en facilitant la coopération entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social, social, éducatif, de la réinsertion professionnelle), les droits et la sécurité en psychiatrie (contribuer à la mise en place d'organisations et de pratiques assurant les libertés individuelles et la sécurité).

Un comité de suivi

Présidé par le Dr Yvan Halimi, ce comité de suivi représente les principales parties prenantes de la psychiatrie et de la santé mentale. Il est un lieu d'échanges entre la HAS et les parties prenantes externes dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale afin de prendre en compte leurs préoccupations et leurs attentes, et de contribuer à la diffusion et l'appropriation des productions de la HAS.

Historique des travaux déjà réalisés

- Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours
- Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours
- Alternatives à l'acide valproïque chez les femmes en âge de procréer et femmes enceintes ayant un trouble bipolaire ou une épilepsie
- Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire (fiche mémo et outils d'aide)

Travaux à venir

- Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours (recommandations de bonne pratique) – publication : 2017
- Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie (recommandations de bonne pratique) – publication : T2 2017
- Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement (fiche mémo) – publication : T2 2017
- La coordination entre le médecin généraliste et les autres acteurs de soin dans la prise en charge des troubles mentaux (revue de littérature et fiche mémo) – publication : T3 2017
- Diagnostic et prise en charge des comorbidités addictives et psychiatriques – publication : 2018
- Guide : la place des approches favorisant l'autonomie et la participation sociale dans le parcours des personnes souffrant de pathologies mentales chroniques et en situation de handicap psychique – publication : 2018
- Hospitalisations et soins sans consentement et programmes de soins : outil pour l'amélioration des pratiques professionnelles – publication : 2018

ⁱ ATIH - Chiffres clés psychiatrie 2015

http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2015.pdf

ⁱⁱ Audition publique Dangersité 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, mars 2011, HAS

ⁱⁱⁱ Observatoire national des violences en milieu de santé, Direction générale de l'offre de soins. Rapport annuel 2015. Observatoire national des violences en milieu de santé. Rapport 2015 sur les données 2014. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2015. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_national_onvs-2014-2.pdf

^{iv} 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.

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>

^v Bowers 2011

^{vi} Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49(11):1458-61.

^{vii} Miller RJ, Zadolinnyj K, Hafner RJ. Profiles and predictors of assaultiveness for different psychiatric ward populations. *Am J Psychiatry* 1993;150(9):1368-73.

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>

^{viii} Chen WC, Hwu HG, Wang JD. Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *Int J Occup Environ Health* 2009;15(2):173-9.

Estryn-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

Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatrc nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav* 2005;31:217-27.

Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999;30(4):934-41.

^{ix} 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.

^x Nijman 2005

^{xi} Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: the Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52(9):1412-22. ; 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.