

Outil pour l'amélioration des pratiques

Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

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

- Identifier et réduire les tensions pouvant conduire à des situations de violence, maintenir la relation avec le patient par une écoute et une présence bienveillantes, trouver avec lui des stratégies pour éviter l'escalade vers la violence.

→ Objectifs opérationnels

- Repérer et suivre les signes précurseurs et les circonstances de déclenchement.
- Donner au patient des moyens pour surmonter son anxiété et son agressivité et s'appuyer sur ses ressources pour désamorcer la crise.
- Travailler sur les aptitudes et compétences des membres de l'équipe à gérer les situations à risque de violence.
- Travailler sur la gestuelle, sur la communication à maintenir.

→ Programme

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

Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

05

→ Mode d'emploi de l'outil

Cet outil, non exhaustif, 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.

Les équipes peuvent utiliser l'outil en l'état ou l'adapter en prenant en compte les outils déjà existants et utilisés dans le service. Son utilisation nécessite de la souplesse et de l'adaptation aux situations cliniques, au cas par cas.

→ Introduction

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 (Cowin 2003)(Richter 2006) (Price 2012) (Safewards 2015) (National Institute for Mental Health in England 2015). On peut ainsi 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 la relation établie avec le patient et la reconnaissance de ce qui est perçu comme insupportable pour le patient. La capacité d'être dans la communication est un facteur de protection contre l'émergence de la violence. 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.

→ La montée de la violence, un processus

La violence ne relève en général pas d'un instant isolé, mais d'un processus qui se déroule dans le temps et dans lequel des étapes peuvent être reconnues. Il s'agit de cerner la logique subjective qui sous-tend ce comportement afin de pouvoir la désamorcer à temps. Dans l'après-coup, ce

moment critique peut s'avérer comme un temps d'apprentissage du patient sur son propre fonctionnement, qu'il ne maîtrise pas toujours. Souvent la violence n'est pas non plus le fait d'un individu isolé mais d'un individu pris dans une situation.

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.

Sans avoir l'intention de rendre compte de l'ensemble des situations de montée de la violence, quatre moments peuvent être identifiés, bien différenciés, 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 respectueuse des 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 l'intimité du patient : lever, toilette, repas...

Elle peut également être due à des circonstances extérieures diverses, 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.)

Les différentes stratégies de désamorçage doivent tenir compte de l'ensemble de ce processus pour être efficaces. Elles doivent prendre en compte le fait qu'une « escalade » de la violence est souvent liée à une interaction. À chaque palier, la situation peut « escalader » ou, en fonction de l'intervention des professionnels, s'apaiser. L'analyse des phénomènes d'escalade montre qu'il existe, face à une personne agressive, une tendance à se situer « en miroir » de cette personne et à laisser s'installer une défiance réciproque, qui favorise l'escalade de la violence (Whittington 2005). La réponse soignante consiste à déjouer cette tendance, et à tenter de restaurer la confiance, pour donner au patient d'autres issues que le passage à l'acte.

→ Trois types de situations, trois stades

Schématiquement, trois stades peuvent être distingués, par convention. Chacun relève de réponses différentes, allant du plus simple au plus complexe. Cette distinction repose sur le fait que les réponses vont concerner des intervenants différents. Le **stade 1** va concerner chaque membre de l'équipe individuellement et au quotidien. Le **stade 2** va concerner l'équipe de l'unité. Le **stade 3** va concerner l'équipe de l'unité élargie éventuellement à des renforts ponctuels, avec une présence médicale indispensable. L'évaluation clinique est déterminante pour anticiper l'évolution vers un apaisement ou une aggravation qui peut être rapide.

→ Quelques principes communs

Quelques principes communs aux trois stades peuvent être soulignés :

- 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) ;
- évaluer la situation clinique, poser des questions pour clarifier et mieux comprendre le vécu du patient ; le savoir clinique à construire sur le patient, ses particularités, sa prise en charge, doit rester le fil conducteur de toute intervention : qui est le patient, quelle est sa demande, quels sont ses besoins ?
- construire des réponses en équipe en mettant l'accent sur la cohérence du projet de service ;

- repérer les changements d'attitude, de comportement ;
- miser sur l'écoute et la relation : être attentif aux mots et aux gestes des patients ;
- impliquer le patient pour l'aider à trouver des ressources internes pour réguler sa violence ;
- intégrer des protocoles pour désamorcer les situations d'urgence ;
- respecter ses propres limites face à une situation et savoir passer le relais ;
- repérer qui sont les soignants qui sont les plus rassurants pour le patient, qui ont la meilleure qualité de relation avec ce patient ;
- s'accorder un moment et un lieu pour accueillir le patient qui a besoin de temps et de calme ;
- 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, faire le lien avec les personnes ressources (famille...).

→ Stade 1 : les « petites frictions » du quotidien

Le stade 1 concerne les petites tensions d'un quotidien collectif qui peuvent être identifiées au décours d'un échange verbal ou d'une situation particulière (repas, toilette, lever, retour de sortie de courte durée, nuit...). Mais l'ambiance générale de l'unité de soins n'est pas perturbée et il n'est pas nécessaire de circonscrire des espaces spécifiques à ces réponses.

Est impliquée pour répondre à ces « petites tensions » toute personne qui en prend conscience (agent des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), aide-soignant, infirmier, psychologue, médecin...). Il s'agit de réponses importantes à apporter pour éviter les risques d'escalade. Cela soulève la question de la disponibilité et du temps qu'il est possible de consacrer à certaines demandes des patients dans un quotidien où le temps vient souvent à manquer. Mais il doit être considéré comme prioritaire de trouver un peu de temps pour apporter une réponse, au moins d'attente, qui, en limitant une escalade, en fera gagner beaucoup en définitive.

En pratique, il s'agit au moins d'« accuser réception » de la demande du patient en faisant état du peu de disponibilité dans l'instant mais en proposant un temps décalé à un autre moment. Cela est déjà en soi une réponse concrète qui soulage le patient. Les soignants peuvent ainsi différer la réponse attendue à la demande, à condition bien sûr de ne pas l'oublier une fois que le calme régnera à nouveau.

Ces réponses sont à la fois individuelles et collectives en référence à un cadre et à des limites clairement posées (projet thérapeutique personnel mais également règlement de service, d'unité fonctionnelle, règlement intérieur de l'hôpital...). Elles supposent une transparence et la possibilité d'expliquer, de justifier et de mettre en œuvre tout ce qui est proposé : « Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit... ».

Une observation et un suivi des changements de comportement repérés par l'équipe et par le patient lui-même comme des signes précurseurs d'une crise (changement du rythme diurne/nocturne, isolement social croissant avec évitement du contact visuel...) permettent d'intervenir précocement pour éviter une montée de la tension ou une crise (stade 2 ou 3).

→ Stade 2 : montée de la tension

- Une situation particulière attire l'attention des soignants et commence à perturber les autres patients (interrogations, craintes...) et l'ambiance générale de l'unité de soins.
- Il faut prévoir le plus rapidement possible une réponse coordonnée et graduée et s'appuyer sur les protocoles pour « tirer la sonnette d'alarme » en temps opportun.

Un membre de l'équipe, en concertation avec le reste de l'équipe, propose un entretien.

- Cet entretien 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.
- Cet entretien est un moment clé : cela doit être un outil de lecture afin de s'orienter sur les décisions à prendre et les informations à transmettre.
- L'entretien se déroule dans un bureau une chambre, ou dans un autre espace circonscrit, en respectant des conditions de sécurité. Pour être en mesure de rassurer, il faut se sentir soi-même en sécurité :
 - positionnement systématique dans l'espace vers un accès à la porte ;
 - accès à la porte possible aussi pour le patient ;
 - personnel soignant à proximité immédiate informé de la situation et prêt à intervenir si besoin ;
 - dispositif d'appel « Protection du travailleur isolé » (PTI).
 - la personne qui mène l'entretien doit pouvoir se sentir suffisamment en confiance pour pouvoir investir un espace

de négociation avec le patient et être assurée que l'espace créé sera respecté.

- 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 ;
 - les solutions qui pourraient être mises en place avec lui, notamment celles qu'il a identifiées dans son plan de prévention.

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

- La posture de la personne qui mène l'entretien est déterminante :
 - la personne se positionne comme un soutien et une aide non à titre personnel mais dans une dimension collective : « Nous avons l'impression que vous êtes sous pression, que vous êtes en souffrance... Comment pourrions-nous vous aider ?... » ;
 - elle adopte une voix calme, posée pour être rassurante, en étant attentive à éviter une escalade de tension en miroir. Elle se positionne de façon non intrusive, en respectant un espace propre au patient. Elle s'efforce de rester calme et respectueuse et, sauf exception, utilise le vouvoiement.

Annexe

« Désamorcer une situation de violence: éléments pour les équipes soignantes » d'après *Talk Down – Safewards*

- Lorsque la situation s'apaise, préciser autant que possible, à partir des informations recueillies, des repères en fonction des attentes du patient (prochain entretien médical, évolution des conditions d'hospitalisation, autorisations de visites, de sortie...). Poser un rendez-vous sert à établir un pont avec le patient qui se sent soutenu – pendant l'intervalle par l'institution.

→ Stade 3 : situation de crise

C'est une situation de grande tension perceptible et partagée par tous. Le patient devient difficilement accessible au dialogue. La violence est le moment où le sujet ne reconnaît plus l'altérité, et où il est plus difficilement accessible aux interventions. Dans ce contexte, il faut essayer de circonscire le plus rapidement possible un espace de prise en charge séparé des autres patients. L'espace le mieux adapté reste la chambre.

La gestion indirecte

- Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients.
- S'il n'était 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, l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire...). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressources, les facteurs d'alliance possibles...
- Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien.

Outil 7 - Appel à renforts

- Il est souhaitable d'évaluer le positionnement des renforts. Un nombre important de personnel visible va-t-il nous aider ou va-t-il majorer la crise ? Certains patients en crise peuvent passer à l'acte au moment de l'arrivée des renforts; d'autres au contraire au vu du nombre vont se calmer.

La gestion directe

Il convient de :

- respecter un positionnement des soignants dans l'espace à proximité d'une sortie, entre le patient et la sortie ;
- introduire le plus rapidement possible une communication verbale sur les bases de l'intervention au stade 2 ;

Annexe

« Désamorcer une situation de violence: éléments pour les équipes soignantes » d'après *Talk Down – Safewards*

- faire en sorte que le patient ait des alternatives possibles tant que c'est possible, qu'il ait la sensation de contrôler en partie la situation ;
- si cela est encore possible, proposer un temps d'apaisement au calme, en chambre ou espace d'apaisement ;

- proposer un traitement médicamenteux ;
- rappeler les limites du cadre de soins qui a été posé pour le patient en négociant ce qui relève du possible mais en ne promettant pas ce que l'on sait impossible ;
- rappeler et expliquer les voies de recours pour les soins sans consentement, le cas échéant.

S'il est nécessaire d'intervenir pour contenir physiquement un patient, le faire en ayant conscience qu'il s'agit d'une décision prise après avoir tout mis en œuvre pour essayer d'éviter cette mesure.

Si le patient s'est calmé, essayer de faire appel, pour apaiser la situation, à des tiers identifiés comme personnes ressources (appel téléphonique à la famille, au médecin traitant, au curateur...).

→ Conclusion

Les désamorçages réussis, au même titre que les incidents violents, doivent être intégrés à la vie du service et dans la prise en charge du patient.

Il faut « valoriser les espaces de désamorçage pour ne pas en faire des espaces sans soutien » (Lanquetin 2002) c'est-à-dire réaliser une transmission écrite et orale lors des réunions d'équipe pour :

- enrichir le savoir clinique et la connaissance du fonctionnement collectif ;
- se saisir de cette occasion pour que le patient puisse avancer dans la compréhension de son propre fonctionnement.

[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](#)

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

Annexe - Désamorcer une situation à risque de violence : éléments pour les équipes soignantes – d’après le programme *Safewards*

Désamorcer une situation de violence: éléments pour les équipes soignantes – D’après « Talk Down » – programme Safewards ©

Contrôle de soi

- Agir calmement et avec confiance. Ne pas montrer pas des signes de peur, de soumission ou de servilité.
- Garder les bras baissés, non croisés et les mains ouvertes.
- Détendre le visage, ne pas froncer pas les sourcils et ne pas faire pas la moue.
- S’exprimer sans hésitation, avec confiance et sans élever la voix.
- Respirer profondément et analyser la situation.
- Essayer de se détendre, pas de mains sur les hanches ou dans les poches, éviter de pointer du doigt.
- Avoir des mouvements lents et fluides.
- Ne pas « coincer » le patient, éviter menaces, rétorsion, et fausses promesses.
- Ne pas juger, ne pas critiquer, ne pas montrer des signes d’irritation, de frustration et de colère.
- Ne pas argumenter, ne pas dire qu’il a tort ou que vous avez raison.
- Ne pas se défendre et ne pas chercher pas à se justifier.
- Ne pas manifester de réaction face à des excès de langage ou à des insultes à votre endroit.
- Préparer à l’avance des réponses aux insultes les plus courantes.
- Laisser le patient sauver la face en ayant le dernier mot pourvu qu’il accepte de respecter le règlement ou les consignes.
- L’agressivité du patient n’est pas dirigée contre vous, ce n’est pas personnel.

Délimitation

- Se mettre à l’écart des autres, des regards, des personnes à risque.
- Se déplacer vers un endroit tranquille, demander au patient de vous rejoindre à l’écart.
- Prendre des précautions en prévenant les collègues ou l’équipe de renfort pour un soutien actif.
- Laisser un espace de sortie sécurisé, pour le patient et pour le soignant.
- Maintenir une distance de sécurité par rapport au patient :
 - maintenir la distance d’un bras;
 - se mettre du côté le moins fort du patient;
 - avoir une sortie en vue.

Clarification

- Demander ce qui se passe, utiliser des questions ouvertes.
- Clarifier la situation et les éventuelles équivoques.
- Appuyer l’intervention sur le projet de soins, les règles du service, de l’établissement, la loi et les droits.
- Utiliser des mots simples et des phrases courtes.
- Utiliser le nom du patient.
- Orienter le patient dans le temps, dans l’espace, et fournir des repères par rapport aux personnes.
- Parler clairement, dire qui on est, rappeler sa fonction et son rôle par rapport à lui, et proposer son aide.
- Attendre une seconde pour prendre votre tour pour parler.
- Reformuler ce que dit le patient et vérifier auprès de lui que c’est bien ce qu’il a dit.
- Proposer son aide en restant dans le cadre du projet de soins défini pour le patient.

Résolution

- Poser des questions avec politesse, ne pas commander et ne pas adopter un ton autoritaire.
- Donner des explications, expliquer les règles, les raisons qui les justifient, admettre la possibilité d’avoir commis des erreurs.
- Donner au patient la possibilité de se maîtriser (un temps tabac, une activité, un temps seul, un cri, etc.)
- Faire appel à la personne, rappeler les stratégies convenues avec elle à l’avance.
- Prendre en compte les doléances, changer, modifier ce qui doit l’être.
- Mettre en lumière les conséquences des différentes voies de résolution possibles.
- Offrir des options et des choix au patient en lui laissant la capacité d’agir.
- Être souple, négocier, éviter les rapports de pouvoir.
- Demander si vous pouvez faire ou dire quelque chose d’autre pour renforcer la coopération entre vous, en terminant de manière positive.

Respect et empathie

- Manifester de l’intérêt, de la préoccupation en ayant une expression qui soit congruente avec les paroles.
- Adopter un ton de voix qui traduit votre intérêt et votre préoccupation.
- Entendre, écouter, reconnaître les sentiments et les besoins, être bienveillants.
- Prendre le temps d’écouter le patient, être patient et ne pas presser.
- Ne pas crier sur le patient et ne pas tenter de crier plus fort que lui - attendre qu’il reprenne son souffle pour prendre la parole.
- Garder un contact visuel en faisant attention qu’il ne soit pas un regard de défi et de confrontation.
- Élargir sa vision et sa réflexion pour tenter de comprendre le point de vue du patient.
- Montrer de la sincérité, de l’authenticité et de la franchise.
- Ne pas dire pas au patient ce qu’il devrait ou ne devrait pas sentir.
- Ne pas rabaisser, ne pas banaliser et ne pas disqualifier ses expressions émotionnelles.
- Ne pas donner des avis et des ordres, pas de « si j’étais vous, je ferais... ».
- Ne pas tourner le patient en ridicule ou le traiter comme un enfant.
- Ne pas sourire trop largement, ce qui peut être perçu comme condescendant.
- Répondre à toutes les demandes d’informations, quelle que soit la manière dont elles sont formulées.
- Manifester de l’empathie envers les sentiments du patient, mais pas envers le comportement agressif (« je comprends que vous soyez en colère, mais ce n’est pas OK de donner des coups ... »)

Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence

05

→ Références

- 1 - 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://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/31/Protocoles+intervention+agressivite%E9+mp.pdf>
- 2 - Alezrah C, Réponses d'un service hospitalier à la dangerosité, L'Information psychiatrique 2009 ; 85 : 735-44
- 3 - Bergeret J. La violence fondamentale, l'inépuisable Œdipe. Paris: Dunod; 2014.
- 4 - Compagnon, C, Ghadi, V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
- 5 - 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.
- 6 - Lanquetin JP. L'agitation en psychiatrie, quels repères pour quels soins ? Soins Psychiatrie 2002;(222):16-22.
- 7 - National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline. London: NICE; 2015.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
- 8 - Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. Int J Ment Health Nurs 2012;21(4):310-9.
- 9 - Richter D. Nonphysical conflict management and deescalation. In: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. New York: Springer; 2006. p. 125-144.
- 10 - Safewards. Talk down. London: Safewards; 2015.
<http://www.safewards.net/images/pdf/Talk%20Down%20website%20download.pdf>
- 11 - Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R, ed. Violence in mental health settings. New York: Springer; 2006. p. 47-68.

→ 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