



À l'Hôpital Vincent Van Gogh, l'implémentation d'un programme pluridisciplinaire d'amélioration continue de la gestion de la violence a augmenté la sécurité tant des patients que des professionnels.

Françoise Bardiau, Xavier Dupont, Lambert Lesoil et Georges Van Cang

PSYCHIATRIE

Prévenir et gérer la violence



Françoise Bardiau

Directrice du
Département Infirmier
Psychiatrique,
Hôpital Vincent
Van Gogh
CHU de Charleroi,
Intercommunale de
Santé Publique du Pays
de Charleroi (ISPPC)

francoise.bardiau
@chu-charleroi.be

La violence est définie comme étant la menace ou l'usage de la force physique entre un individu ou un groupe, dont résultera probablement une blessure ou la mort¹. Toutefois, la violence verbale représente une forme de violence qui est à elle seule capable d'engendrer un traumatisme important chez les soignants². La violence en psychiatrie est un problème majeur dans la perspective du bien-être et de la sécurité des patients aussi bien que du personnel. La prévention, la mesure et la gestion de la violence sont devenues prioritaires³. À tel point que des recommandations internationales ont été publiées⁴.

“ L’infirmière psychiatrique joue un rôle essentiel dans l’évaluation et la gestion du risque de violence ”

LE SITE DE MARCHIENNE-AU-PONT

Le département de psychiatrie du CHU de Charleroi est situé sur le site de Marchienne-au-Pont (Vincent Van Gogh). Le département comprend 191 lits A, 60 lits de psychogériatrie, 15 lits K, 30 lits A1 et 5 K. L'institution s'est investie dans la qualité des soins. En 2007, le département a obtenu sa première certification ISO 9001-2000. Le taux d'occupation de l'institution est de 95%, en moyenne 40 patients sont mis en observation et les normes en personnel sont strictement respectées.

POURQUOI UNE GESTION DE LA VIOLENCE?

L'agressivité pose un sérieux problème de bien-être et de sécurité des patients et des soignants et a aussi des implications financières considérables. Pour ces raisons, la mesure et la prévention de la violence deviennent une priorité pour les soins psychiatriques. La problématique de la gestion de la violence peut être comparée à celle de la gestion de la douleur dans les années 90. Toutes deux sont ou ont été sous-estimées, sous-évaluées, sous-traitées et peu prises en considération. C'est pourquoi, nous avons proposé une méthodologie identique à celle proposée dans le cadre de la douleur pour évaluer et construire des améliorations de gestion de la violence^{5,6}. L'objectif général étant de diminuer la fréquence des événements agressifs, de réduire la sévérité moyenne de ces incidents, d'améliorer leur gestion et d'apporter soutien et outils aux équipes de soins.

Une des premières mesures prises a consisté en la sécurisation des locaux, en organisant les bureaux d'entretien avec les patients afin de garantir un accès rapide et facile du soignant, en éliminant tout objet pouvant devenir projectile. C'est ainsi que certains sièges ont été fixés au sol, certaines tables ont été ôtées. L'importance de cette problématique a été étayée par une étude réalisée à VVG sur le ressenti des victimes, montrant que la peur, l'impuissance et la colère sont présentes chez la moitié des membres du personnel victimes de violence (figure 1). Ce ressenti pouvant, à force de répétition, entraîner des dysfonctionnements voire même des pathologies. Ces observations avaient été décrites par Needham et al. en 2005, suite à une revue systématique de la littérature. Ils mettaient en évidence que la colère, la peur ou l'angoisse, le stress post-traumatique, les sentiments de culpabilité, d'auto-reproche et de honte étaient les séquelles prédominantes⁷.

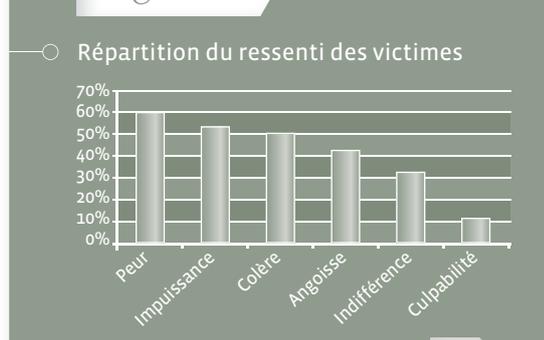
Depuis son ouverture en 1985, VVG a toujours privilégié la sécurité des patients et du personnel. L'institution dispose depuis toujours d'un système et de procédures d'appel à renfort et de chambres d'isolement. En 2005, une structure de prévention et de gestion de la violence a été implémentée. La structure repose sur des infirmières de référence au sein des unités de soins, y participent également un psychiatre, un psychologue, le responsable de la cellule risk management. Son rôle est de diffuser, partager et d'appliquer les recommandations internationales. Des spécialistes y sont régulièrement invités. Dans le même temps, un enregistrement systématique et une analyse des événements indésirables sont instaurés. L'implémentation d'un programme pluridisciplinaire d'amélioration continue de la gestion de la violence (PACQ violence), basé sur l'auto-émulation et la participation, augmente la sécurité tant des patients que des professionnels.



Xavier Dupont

Infirmier en Chef,
Hôpital Vincent
Van Gogh
CHU de Charleroi

Figure 1



LE PACQ VIOLENCE

La méthodologie qualité est instaurée et repose principalement sur l'avancement étape par étape, installant un processus continu d'évaluation, d'enregistrement et d'amélioration selon la méthodologie de Deming: «plan, do, check, act». C'est un manque de données antérieures qui nous a conduits à réaliser cette succession d'enregistrements.

Un premier enregistrement des événements agressifs a été réalisé en 2005. Cette action a permis de sensibiliser le personnel à la problématique et à la nécessité d'enregistrer les événements agressifs. Un résultat secondaire et néanmoins important est la «débanalisation» de ces incidents

Figure 2

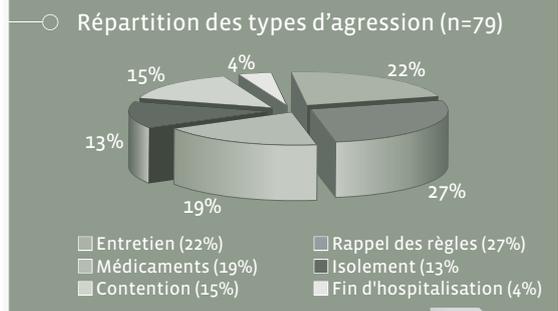
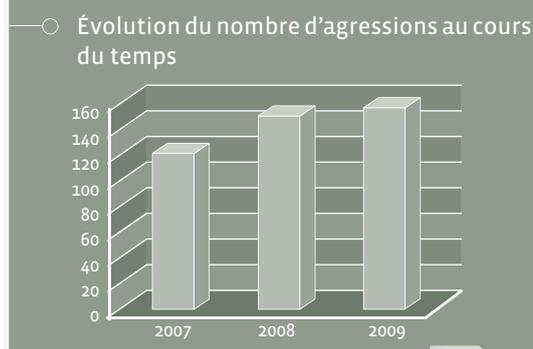


Figure 3



parfois ressentis comme une fatalité. En même temps, des formations à la gestion du patient violent ont été rendues obligatoires. Ces formations étaient avant tout axées sur la maîtrise physique du patient.

Depuis 2006, le PACQ violence, composé de référents des 10 unités de soins, se réunit six fois par an. Les réunions sont animées par la direction du département infirmier avant tout pour discuter des problèmes rencontrés et partager les expériences des unités. L'objectif est également d'augmenter les connaissances des référents chargés ensuite de répercuter l'information dans leur unité. Progressivement, les moniteurs de la formation à la maîtrise physique se sont intégrés dans le PACQ violence. Le département infirmier en collaboration avec le service prévention du CHU de Charleroi a organisé des formations théoriques de 2 jours, auxquelles participent systématiquement 2 personnes de psychiatrie. Ces formations mettent l'accent sur l'attitude à adopter par le soignant face au patient agressif. L'ensemble de ces actions a contribué à changer les mentalités et aider les soignants à se remettre en question. Les procédures de prise en charge ont été décrites dans le cadre de la certification ISO 9001-2000. Ces procédures sont des outils pour le personnel de soins. Une attitude commune et partagée est, bien entendu, un atout dans la gestion de telles situations. Depuis 2007, un enregistrement et un débriefing systématiques des incidents ont été instaurés. Le processus est continu et surtout participatif. La formation à la maîtrise physique a été largement complétée par l'apprentissage aux techniques de désescalade et par des réflexions sur l'attitude à adopter face au patient agressif. La formation continue du personnel a pour objectif d'améliorer les compétences en communication et permettre de désamorcer des situations conflictuelles. Un dialogue avec le patient doit être instauré afin d'aborder le risque de violence, les éléments déclencheurs de violence et les comportements



Georges Van Cang

Direction Médicale
Département
Psychiatrique de l'ISPPC
- CHU de Charleroi

georges.vancang
@chu-charleroi.be

agressifs. Comme pour la douleur dans les années 90, le personnel avait peur de demander au patient « combien » il avait mal. En 2007, les infirmières et les psychiatres hésitaient ou refusaient d'aborder la violence avec le patient. La fausse croyance répandue étant que le fait d'en parler provoquerait la violence. Le renforcement de mesures de prédiction et de prévention de l'agression paraît nécessaire pour gérer au mieux toute forme de violence. Les formations et réunions du PACQ violence ont permis de faire évoluer les mentalités. Pour progresser, la prédiction du passage à l'acte agressif doit être conceptualisée en termes d'identification de facteurs de risque d'agression. En effet, les patients psychiatriques sont soumis à des éléments environnementaux qui interagissent avec leur personnalité et leur pathologie⁷.

Depuis 2009, VVG participe au projet pilote conduit par le SPF Santé Publique et le personnel a bénéficié d'une formation spécifique. Deux unités de psychiatrie pratiquent un enregistrement spécifique des événements agressifs en utilisant le modèle Staff Observation Aggression Scale (SOAS)⁸. SOAS est un outil clinique qui permet le recueil des passages à l'acte agressifs en précisant la cible de l'agression, la conséquence pour la victime et les mesures prises pour contenir l'agression. La formation a aussi ciblé la détection des signes précoces d'agressivité (Early Recognition Method)⁹. L'objectif de cette méthode ERM est d'améliorer la collaboration entre l'infirmière et le patient afin de prévenir l'agressivité en mettant en évidence l'éventuelle montée de celle-ci et pouvoir en discuter avec lui.

QUELS RÉSULTATS?

L'enregistrement réalisé en 2005 montre que seules 26% des agressions n'ont pas de composante physique et sont donc uniquement verbales. Dans 63% des cas (n=79), l'agression est dirigée envers le personnel (figure 2). L'agresseur est jeune et majoritairement de sexe masculin (75%). Il présente principalement des troubles du comportement ou une psychose. Schuway-Hayoz et Needham dans une étude similaire avaient obtenu 45,6% d'agression envers le personnel, dont 63,4% par des patients masculins¹⁰.

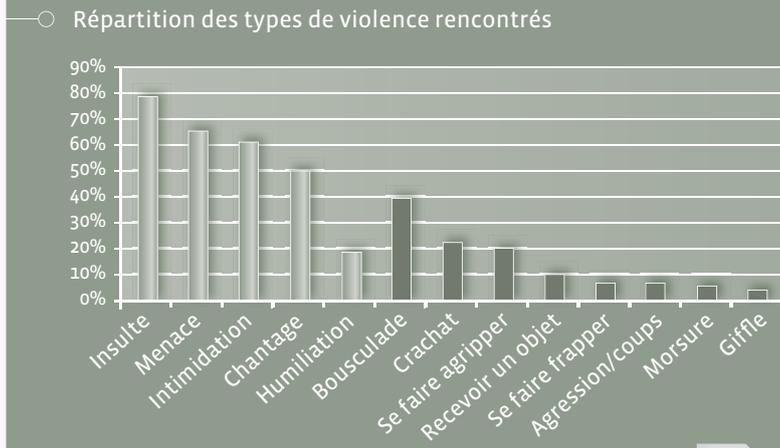
La base de données créée en 2007 traduit une plus grande sensibilisation du personnel. Ceci est montré par un accroissement régulier des déclarations, à savoir une augmentation de quasi 25% de 2007 à 2009 mais près du double par rapport à 2005 (figure 3).

Le niveau à partir duquel un comportement oppositionnel est reconnu comme agressif ou violent dépend de la personnalité du soignant, de son expérience et de son état émotionnel au moment de la survenue des faits.

© iStockphoto



Figure 4

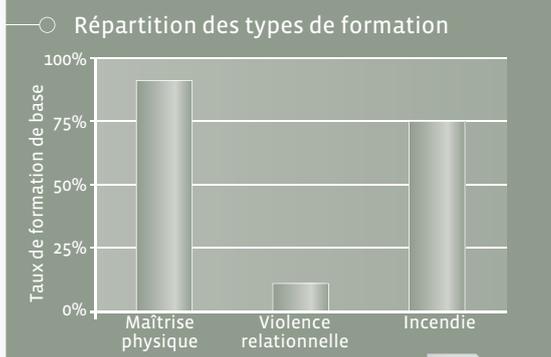


De plus, en comparaison avec la première étude réalisée en 2005, les enregistrements de 2009 montrent que la composante verbale est retrouvée dans plus de 80% des cas (figure 4).

À ce jour, 99% du personnel a bénéficié de la formation à la prévention et gestion de la violence (figure 5). Le résultat de cette formation est mis en évidence par la description des mesures de gestion de l'agressivité montrant une gestion par la communication (entretien et rappel des règles) dans 49% des cas et 15% de mises sous contention (figure 6). Schuwey-Haaz et Needham en 2006 avaient obtenu 31,4% d'entretien et 31,4% de mesures de contraintes¹⁰. La différence de résultat en ce qui concerne la plus faible proportion de recours à la contention réside dans le fait qu'un travail important a été réalisé dans ce domaine. En effet, de nombreux séminaires ont été organisés, insistant sur le fait que la contention était la dernière mesure à mettre en œuvre. L'ensemble des efforts de sensibilisation et de formation des équipes dans le cadre de la gestion de la violence et de la contention paraît porter ses fruits à ce jour.

“ L'agressivité a aussi des implications financières considérables ”

Figure 5



ET PUIS QUOI?

L'infirmière psychiatrique joue un rôle essentiel dans l'évaluation et la gestion du risque de violence. Le développement d'une structure soutenant le personnel, d'une formalisation des pratiques, de l'organisation de formations théoriques et pratiques, de débriefing des incidents critiques sont les composantes de la stratégie mise en œuvre. Avancer étape par étape, d'évaluation en amélioration, permet d'associer le personnel à la recherche d'amélioration et instaurer progressivement une culture de la sécurité. Le programme de formation a été régulièrement adapté. Il a évolué de la maîtrise physique essentiellement vers la détection du risque et l'utilisation de techniques de désescalade. L'objectif actuel est d'intégrer les principes de l'ERM, à savoir le renforcement de la relation thérapeutique à moyen terme, et la fourniture de repères au patient pour qu'il puisse gérer son agressivité¹¹.

PROBLÈMES ET RÉSULTATS

Si la philosophie de travail selon les normes ISO avait déjà permis de familiariser le personnel à la notion d'enregistrement et d'évaluation, l'application de ces méthodes à la gestion de la violence et de l'agressivité a été très difficile à implémenter. La raison principale, et premier problème, est la variabilité de la perception de la violence en fonction de la tolérance de chacun. Un acte avec blessure ou destruction de matériel est reconnu. Le niveau à partir duquel un comportement oppositionnel est reconnu comme agressif ou violent dépend de la personnalité du soignant, de son expérience et de son état émotionnel au moment de la survenue des faits.

Le deuxième problème rencontré est la multiplicité des enregistrements institutionnels nécessaires en cas d'événement agressif. On peut citer les enregistrements pour les assurances en cas de blessure, les enregistrements légaux pour les contentions lorsqu'elles ont lieu dans le cadre de la mise en observation, les enregistrements dans les dossiers ainsi que dans les feuilles de transmission, les contentions... Tous ces enregistrements sont réalisés dans des fichiers différents pour des interlocuteurs variés, parfois même en dehors de bases de données comme c'est le cas pour le dossier infirmier et le dossier médical. Il est donc difficile d'obtenir un relevé exhaustif des événements agressifs. Si la mise en commun des différents enregistrements ne nous a pas permis de réaliser des analyses reproductibles dans le temps, ce travail fastidieux et complexe nous a néanmoins permis de calculer le nombre d'agression par lits et par indices.

Figure 6

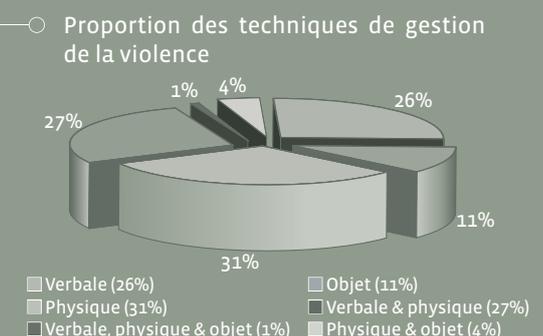


Tableau 1

Évolution au cours du temps du nombre d'événements agressifs par lit et indice

Indice de lits	2007 (n/lit)	2008 (n/lit)	2009 (n/lit)	2010 (n/lit)
A	0,24	0,46	0,27	0,59
S6	0,42	0,17	0,3	0,2
K	0,73	1,67	3,73	5,73
Urgences	1,13	0,75	1	2,25

Le tableau 1 montre l'évolution au cours du temps du nombre d'événements agressifs par lit et indice. En 2010, les lits A (psychiatrie aiguë) ont connu 0,59 événements agressifs par lit. Le nombre d'événements agressifs par lit et par an reste stable en psychogériatrie, indice S6 (0,2 événement). Par contre, les lits de pédopsychiatrie (indice K) connaissent une augmentation croissante depuis 2007. Le nombre d'événements agressifs par lit K a été de 5,73 en 2010. L'augmentation en 2010 du nombre d'événements agressifs en lits A et d'urgence provient d'une fusion de plusieurs bases de données différentes alors que l'augmentation progressive en lit K s'explique par une sensibilité particulière aux problèmes de violence dans cette unité. Cette sensibilité provient de l'importance du phénomène de violence et d'agressivité dans ce type de population mais aussi de l'image que projettent de jeunes adolescents chez un personnel souvent jeune et en âge d'être parent.

LES MOTS D'ORDRE: SENSIBILISER, FORMER ET FAIRE PARTICIPER

Ces résultats montrent l'importance de sensibiliser, former et faire participer les équipes de soins au programme qualité. La gestion de la violence repose sur la mise en œuvre de moyens de protection, une organisation de la gestion de l'acte violent, des séances de débriefing systématiques, mais aussi sur la détection du risque et l'adoption de comportements adéquats. L'organisation d'un groupe de travail structuré (réfèrent de chaque unité de soins), multidisciplinaire et soutenu par la direction est certainement un facteur de réussite dans la conduite de projets qualité. La réflexion, sensibilisation, information et formation sur la contention a également contribué à l'amélioration de la gestion de la violence. Avancer étape par étape, d'évaluation

en amélioration, permet d'associer le personnel à la recherche d'améliorations et d'instaurer progressivement une culture de la sécurité. Le programme de formation a été régulièrement adapté. Il a évolué de la maîtrise physique essentiellement vers la détection du risque et l'utilisation de techniques de désescalade. La culture ISO, développée dans le cadre de la certification en 2007, a aussi contribué à développer un esprit de remise en question, de recherche d'amélioration, d'application de procédures. Les perspectives «clients», «moyens et ressources» et «management» sont en ligne directe avec la gestion de la violence.

Le plus gros problème encore à résoudre est l'enregistrement fiable, standardisé et centralisé des données correspondant à une seule base de données pour tout type d'événement ou d'incident. Le SPF a fourni un programme d'enregistrement permettant l'analyse systématique des données. Néanmoins, si l'adage dit qu'on n'améliore bien que ce que l'on mesure bien, le fait de mesurer même de façon approximative permet de sensibiliser le personnel sur une problématique par un moyen différent de la formation.

Geweld in de psychiatrie voorkomen en beheersen

Geweld in de psychiatrie is een ernstig probleem voor het welzijn en de veiligheid van zowel patiënten als personeel. Preventie, meting en beheersing van geweld zijn dan ook prioriteiten geworden. Sinds zijn opening in 1985 heeft het ziekenhuis Vincent Van Gogh de veiligheid van patiënten en personeel altijd centraal gesteld. In 2007 behaalde de psychiatrische afdeling haar eerste ISO 9001-2000-certificatie.

De invoering van een multidisciplinair programma voor continue verbetering van geweldbeheersing ('PACQ violence'), gebaseerd op zelfemulatie en participatie, verhoogt de veiligheid van zowel patiënten als zorgverleners. Sinds 2007 wordt er gewerkt met systematische incidentregistratie en -debriefing. Betere geweldbeheersing is een continu en vooral participatief proces.

De training 'fysieke beheersing' is uitvoerig aangevuld met het aanleren van de-escalatietechnieken en met adviezen over hoe om te gaan met agressieve patiënten. Door stap voor stap vooruitgang te boeken, van evaluatie tot verbetering, kan het personeel betrokken worden bij het verbeteringsproces en kan er geleidelijk gewerkt worden aan een veiligheidscultuur. De volgende stap, met als beginfase de toepassing van het SOAS-programma, heeft als doel tot een systematische en coherente compilatie te komen van alle incidenten, om ze te analyseren en de door te voeren aanpassingen te verfijnen.

- Mercy J.A., Rosenberg M.L., Powell K.E., Broome C.V., Roper W.L.. Public health policy for preventing violence. *Health Aff* 1993; 12: 7-29.
- Flannery R.B., Hanson M.A., Penk W. Patients' threats. Expanded definition of assault. *Gen Hosp Psychiatry*. 1995; 17: 451-3.
- Élaboration d'une directive pour la gestion de la violence en psychiatrie. École Santé Publique ULg, F.Bardiau et al, 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Londres: Royal College of Nursing, 2006.
- Bardiau F.M., Braeckman M.M., Seidel L, Albert A, Boogaerts J.G. Effectiveness of an acute pain service in a general hospital. *J Clin Anesth* 1999; 11: 583-9.
- Bardiau F.M., Taviaux N.F., Albert A., Boogaerts J.G., Stadler M. An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg* 2003; 96:179-85.
- Needham J, Abderhalden C., Halfens R.J., Fisher J.E., Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005; 49: 283-96.
- Palmstierna T., Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76:657-63.
- Fluttert F.A.J., Van Meijel B., Nijman H., Bjorkly S., Grypdonck M. Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the «Early Recognition Method». *J Clin Nurs*. 2010; 19, 1529-37.
- Schuwey-Hayoz A., Needham I. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en soins*. 2006; 9: 108-14.
- Fluttert F., Van Meijel B., Webster C., Nijman H., Bartels A., Grypdonck. Risk management by Early Recognition of Warning Signs in patients in forensic psychiatric care. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008; 22:208-16.