



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

2020-2022

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION :

Psychiatrie et santé mentale

**Repérage précoce de la crise d'agitation dans les unités de psychiatrie
adulte de l'EPSMA**

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2022 à 9h00
Au Pôle formation
Par Homar BIHYA

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Enseignant infirmier :

Madame Catherine BARGIBANT

Directeur de mémoire :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Tuteur professionnel :

Madame Erika SCHRODER

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

À mon Président de jury, Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

À mon directeur de Mémoire Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKI

Je vous remercie de m'avoir soutenu et guidé tout au long de ce parcours. Je vous suis reconnaissant de vous être toujours rendu disponible et accessible, malgré un contexte difficile.

À mon enseignant infirmier Madame Catherine BARGIBANT

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail.

À mon tuteur professionnel Madame Erika SCHRODER

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous suis reconnaissant de votre soutien, vos conseils tout au long de ces deux années de formation.

À **monsieur le Docteur Jean OUREIB** et à toute son équipe du DIRM, pour leur disponibilité, leur soutien et leur bienveillance.

À **Monsieur Cédric BACHELLEZ**, notre directeur des soins, sans qui cette aventure n'aurait probablement pas existé.

De la sélection à la soutenance de ce travail, et je l'espère encore longtemps après, votre soutien, vos encouragements, votre disponibilité et votre bienveillance, nous ont accompagnés tout au long de ce périple. Votre présence ici aujourd'hui en témoigne encore.

Je vous suis infiniment reconnaissant pour tout cela.

À **Erika SCHRODER**, tu restes pour moi une référence humaine et professionnelle. Nos échanges, ta porte toujours ouverte, tes « coups de gueule » me font grandir et participent à faire de moi l'homme et l'infirmier que je suis.

À **mes chefs successifs, Sandra CHUIN et Priscille LEBLANC** qui m'ont encouragé, soutenu et grandement facilité le parcours tout au long de cette expérience.

À **Nora AMRIR**, qui m'a encouragé et soutenu notamment lors du processus de sélection.

À **Monsieur Le Professeur François PUISIEUX**, pour votre engagement, votre soutien et votre bienveillance envers les étudiants au cours de ces deux années de formations.

À **Marie-Ève GODEFFROY**, qui depuis son arrivée, croule sous nos demandes incessantes. Votre accueil, toujours chaleureux et bien attentionné, a été fort apprécié. Nous mesurons l'investissement que cette mission vous demande, et vous sommes infiniment reconnaissant pour tout ce que vous avez fait pour nous.

À ma famille qui m'a soutenu, encouragé, aidé et surtout supporté tout au long de ces deux longues et difficiles, années de formations, peut-être encore plus pour eux que pour moi.

À mes amis qui m'ont soutenu et apporté leurs compétences tout au long du parcours.

Une mention spéciale pour Nathalie et Dorothée sans qui ce travail n'aurait pas été aussi abouti.

À cette promotion, animée par un esprit de corps, nous avons su traverser toutes les embûches, et dieu sait que le parcours n'a pas été simple.

Les transmissions de savoirs, les travaux de groupe, les organisations de sessions de révision et beaucoup d'autres moments de partage marqueront à jamais mon esprit.

Une mention spéciale pour Mathilde et ses Kahoots

Un immense merci à nos délégués, Gwladys et Jocelyn qui n'ont compté ni leur temps, ni leur énergie pour pallier les difficultés rencontrées aux cours d'une formation naissante, traversée par la crise Covid.

Un remerciement particulier à mes deux collègues et maintenant amies, Élodie et Gwladys, qui font aujourd'hui partie intégrante de ma vie personnelle et professionnelle.

Table des matières

Introduction	2
Le concept de violence	3
L'agressivité / agression	4
Agressivité :	4
Agression.....	5
L'agitation.....	5
Dangerosité	6
La crise	7
Le concept de crise.....	7
La crise d'agitation	8
La prévention	9
Matériel / Méthode.....	12
Population recrutée.....	12
Mesure.....	13
Les grilles	13
Procédure.....	17
Résultats.....	18
Profil de la population	18
Genre.....	18
L'âge	18
Mode d'hospitalisation.....	19
Évaluation du risque d'agitation.....	20
Critère principal.....	20
Critères secondaires	21
Évaluation avec La grille BVC.....	21
Evaluation avec la grille de Sainte-Anne.....	22
Evaluation globale des 2 grilles	22
Critères les plus souvent rencontrés	23
Discussion.....	24
Résultat principal.....	24
Résultats secondaires	24
Premier résultat secondaire	24
Deuxième résultat secondaire.....	26
Troisième résultat secondaire	29
Forces et limites	29

Limites de l'étude observationnelle	29
La subjectivité.....	30
Utilisation inappropriée des grilles d'évaluations.....	30
Les transmissions ciblées.....	30
Le Panel	31
Perspectives	31
L'évaluation routinière du risque	32
Choix de l'outil.....	32
La formation initiale	33
La formation continue	33
Les transmissions ciblées.....	34
L'implémentation	35
La recherche	36
La pratique avancée	37
La recherche	38
Conclusion.....	39

Liste des abréviations

BVC : Bröset violence checklist

CAPI : centre d'accueil psychiatrique intersectoriel

CGLPL : contrôleur générale des lieux de privations de liberté

CHRU : centre hospitalier régional universitaire

CPAA : centre permanent d'accueil et d'orientation

CSIRMT : commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

DIRM : département d'information et de recherche médicale

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

EPSMAL : établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise

HAS : haute autorité de santé

IPA : infirmier de pratique avancée

NICE: National institute for healthand care excellence

OMS : organisation mondiale de la santé

RUD : risque urgence dangerosité

SDRE : soins à la demande d'un représentant de l'état

SDT : soins à la demande d'un tiers

SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence

SL : soins libres

SPI : soins en péril imminent

Introduction générale

L'isolement et la contention sont des pratiques courantes dans le monde de la santé. Elles concernent aussi bien les services d'urgence, que les services de réanimation ou encore les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Pourtant, elle est dans l'imaginaire commun, une caractéristique de la psychiatrie.

Cette discipline, étant la seule à pouvoir dispenser des soins sous la contrainte, est régulièrement accusée d'abuser de la coercition. Ainsi, face à la mobilisation d'associations et du contrôleur général des lieux de privations de liberté (CGLPL), les différents gouvernements successifs tentent d'encadrer cette pratique par la loi. Considérant l'isolement et la contention comme une privation de liberté, elle impose l'information du juge de la détention et de la liberté au-delà de 24 heures d'isolement ou de 12 heures de contention.

Ces orientations heurtent les professionnels de la discipline qui se sentent stigmatiser. Tantôt qualifier de laxistes, au moindre fait divers impliquant un patient, tantôt de tortionnaires, ils se sentent acculés dans un rôle de mauvais soignant quoiqu'ils fassent.

Aussi, depuis la loi de modernisation du système de santé, l'isolement et la contention se sont vus attribuer une approche comptable du phénomène par la tenue d'un registre.

Pourtant, la violence qui conduit à la mise en isolement est bien le fruit d'une situation clinique psychiatrique aigüe. La diminution du recours à l'isolement est donc directement liée à la qualité de la démarche clinique et de la prévention mise en place pour éviter l'escalade de la violence. Pour cela, il faut repérer les signes précurseurs de la crise à un stade très précoce.

Or, le vécu de terrain laisse à penser que c'est justement cette étape qui fait défaut. Aussi cette étude a pour but d'objectiver ce repérage dans les unités de psychiatrie adulte de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSMAL).

Pour ce faire, les transmissions ciblées des 48 heures précédant la mise en isolement d'un panel de 40 patients isolés en 2019, ont été analysées.

Introduction

Depuis de nombreuses années, le monde de la psychiatrie se trouve tiraillé entre les injonctions sécuritaires croissantes des sociétés modernes et les mouvements désaliénistes qui combattent l'enfermement.

C'est ainsi que chaque fait divers mettant en cause un malade psychiatrique ravive le mythe du fou dangereux et relance la question de la responsabilité pénale et du maintien des patients dits dangereux dans les hôpitaux psychiatriques. On se souvient du discours du Président de la république à Antony en décembre 2008, suite au meurtre d'un étudiant, poignardé par un patient souffrant de schizophrénie.

Répondant aux exigences sécuritaires de la population, il sommera les Ministres de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice de réformer l'hospitalisation psychiatrique afin de mieux encadrer les sorties, d'améliorer la surveillance des patients dangereux et de créer un fichier national des patients hospitalisés d'office.(Sarkozy,Nicolas, 2010).

Paradoxalement, dans la lignée de JB PUSSIN, F.TOSQUELLES, J.OURY et de toutes les grandes figures du mouvement désaliéniste, se développent des groupes de pressions qui luttent pour les droits des personnes souffrants de maladies psychiatriques et la disparition des mesures coercitives, très largement répandues dans cette discipline. Cette volonté trouve échos partout dans le monde et impose des changements législatifs dans les réglementations régissant les mesures restrictives en psychiatrie. En France, la loi de 2011 qui introduit l'intervention du juge de la liberté et de la détention (JLD) dans les décisions de soins sous contraintes, s'inscrit dans cette dynamique. (LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1), 2011)

Ces injonctions paradoxales se répercutent également dans la pratique la plus controversée de la discipline psychiatrique que représente les mesures d'isolement et de contention. Torture pour les uns, soin nécessaire pour les autres, cette question clive les équipes et rend plus difficile et culpabilisant l'exercice quotidien.

Ainsi en 2016, la loi de modernisation du système de santé définit l'isolement et la contention comme des mesures de dernier recours (*Article 72 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance, 2011*). Dans la foulée, la haute autorité de santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques encadrant tout le processus (HAS, 2017).

À ceci s'ajoutent les rapports du contrôleur général des lieux de privations des libertés (CGLPL) qui fustigent et accablent bon nombre d'hôpitaux (Oxfoz, 2016). Dès lors, dans tous les établissements autorisés, incités par la tenue du registre, la logique comptable prend le dessus avec le nombre de mesures d'isolement et de contention comme baromètre.

Si l'on se conforme aux recommandations de l'HAS, l'isolement et la contention se définissent comme « *des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique.* » (HAS, 2017)

Cette nouvelle définition confirme l'ambivalence sociétale et plus particulièrement celle du législateur qui oscille entre des considérations sécuritaires et sanitaires. En effet, la mesure d'isolement perd sa qualité sanitaire en devenant une décision médicale et non plus une prescription, tout en s'inscrivant dans une démarche thérapeutique. Ce flou se répercute inmanquablement sur le terrain avec des débats, parfois houleux, entre les pro et les anti-isolement.

Pourtant, plutôt que de se perdre dans des conflits manichéens ou de répondre à l'obsession du chiffre, n'est-ce pas la question du juste recours qui devrait animer les réflexions soignantes ?

Pour cela, il faut revenir à l'essence du métier de soignant, c'est-à-dire identifier les causes qui imposent de proposer une prise en soin en espace d'isolement et donner une lecture clinique du processus.

La gestion de la violence étant devenue l'unique indication de recours à ce mode de prise en soin (HAS, 2017), c'est donc sur elle qu'il faut centrer les réflexions pour dégager une lecture clinique du phénomène et aboutir au juste recours aux mesures d'isolement et de contention

Le concept de violence

La loi de modernisation du système de santé précise que l'isolement et la contention sont réservés à la prévention d'un **dommage immédiat** mais également **imminent pour le patient ou autrui** (Article 72 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance, 2011).

Elle invite donc, non seulement à se pencher sur la manifestation de la violence, souvent dénommée agression, mais également à agir avant l'expression de celle-ci et donc de travailler sur les notions de risque de violence, d'agressivité et de dangerosité. Ceci explique que dans la pratique ces notions sont utilisées parfois indistinctement. Pourtant, bien que voisins, il s'agit de concepts relativement différents.

Définition de la violence

- Selon le dictionnaire le ROBERT, la violence se définit *comme un abus de la force. C'est agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation.*(violence - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert, s. d.)

- Dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit comme *« l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence »* (OMS, 2002)

On constate ici une approche voisine de celle du droit qui insiste sur l'existence de lésions, de préjudices, résultants de l'usage de la force. (BAUMANN, 1996). Elle intègre également les violences contre soi-même.

- Violence et pathologie psychiatrique

Il existe de nombreuses approches de la notion de violence en psychiatrie. Elles se différencient par la direction de la violence, l'intentionnalité et la prise en compte d'autres formes de violence que la violence physique. L'HAS, dans son rapport bibliographique, propose une synthèse de la littérature sur le sujet. Parmi les différentes approches on y retrouve celle de Eileen F. Morrison qui définit la violence en psychiatrie comme *« Toute expression ou comportement verbal, non-verbal ou physique de menace ou toute manifestation de force physique débouchant sur une atteinte aux personnes ou aux biens, blessant une ou des personnes ou abîmant un ou des objets »* (HAS, 2016)

Cette définition, enrichie de la notion de violence *« sous-tendue par des troubles mentaux »* (HAS, 2017) permet une approche large et généraliste, cohérente avec le vécu des professionnels de terrain. Ces derniers la décrivent souvent comme la manifestation d'un trouble psychologique, répondant à un processus crescendo pouvant aller de la violence verbale à la violence physique en passant par le bris d'objet.

L'agressivité / agression

Aggressivité :

Selon le dictionnaire le ROBERT en ligne il s'agit d'une *tendance, d'une volonté à attaquer, à chercher la lutte.*

Pour l'OMS, l'agressivité est une *"réaction psycho-physiologique préméditée ou impulsive caractérisée par un comportement hostile (d'attaque ou de défense) dirigé contre une cible considérée comme une menace"*(OMS, 2002)

Le concept d'agressivité reste un concept subjectif et équivoque. En effet, chaque individu a, en fonction de son éducation, de son milieu de vie et de ses expériences, une appréciation différente de ce qui est agressif ou pas.

Il présente également deux facettes : une positive et une autre plutôt négative que l'on retrouve dans deux termes différents en anglais. « *Aggressivity* » qui correspond plus à la définition du dictionnaire Le Robert, décrit le côté négatif du terme. Alors que « *agressiveness* » correspond au côté positif, à savoir à cet état d'esprit qui permet à l'individu de se surpasser. C'est cet aspect que l'on retrouve dans la hargne ou la combattivité du sportif. Il fait partie des nombreux comportements instinctuels adaptatifs qui ont permis à l'homme d'assurer sa survie

L'agressivité serait donc la perception, le ressenti d'un individu face au comportement d'un autre individu. Le comportement agressif serait la somme du niveau d'agressivité de base personnel et de l'agressivité induite par la réponse aux interactions avec l'environnement.

Agression

Selon le dictionnaire LE ROBERT : il s'agit d'une *attaque violente non justifiée par la légitime défense*.

Dans la littérature c'est plutôt la notion de *passage à l'acte* que l'on rencontre le plus souvent. Elle décrit un comportement soudain qui court-circuite la phase d'élaboration mentale. (Raoult, 2006)

Ce concept est à différencier du concept de *l'acting out* développé en psychanalyse qui décrit l'expression par l'action de ce que l'individu ne parvient pas à exprimer par le verbe.

On peut voir, à travers la vision de Lacan, une certaine complémentarité entre ces deux concepts. L'*acting out* étant un appel à l'autre qui, s'il ne trouve pas de réponse, dégénère vers une rupture de contact se manifestant dans le passage à l'acte. (Raoult, 2006)

L'agitation

Selon le dictionnaire LE ROBERT, il s'agit de *l'État d'une personne en proie à des émotions et à des impulsions et qui ne peut rester en repos*.

Le dictionnaire Dicosemiopsy définit l'agitation comme « *une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée.* » (DICOSEMIOPSY, 2014)

Pour la société française de médecine d'urgence, l'agitation « *se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu* ».

L'agitation est donc un symptôme trans-diagnostic, non spécifique de la psychiatrie que l'on retrouve dans diverses pathologies. Elle peut présenter différentes formes et différentes intensités. Elle est, en tout cas, la manifestation d'une souffrance psychique d'étiologie psychiatrique ou non, potentiellement grave. La prise

en charge de l'agitation est donc une urgence absolue de mise en sécurité du patient et de son entourage dans un premier temps, puis de recherche diagnostic afin d'écartier tout signe de gravité et de proposer les soins adéquats (*Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU, 2002*) (Zoupanos Bujarrd.N; Bryois.C, 2005).

Dangerosité

Selon le dictionnaire LE ROBERT dangerosité renvoie à ce qui est dangereux, c'est-à-dire qui menace la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose

Pour l'HAS, la dangerosité est un concept mouvant. Elle est *une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des temps et des lieux, au regard des exigences variables du droit pénal positif et des attentes de la société en termes de sécurité et de protection.*(HAS, 2011)

Le concept de dangerosité et de sécurité sont étroitement liés puisque la dangerosité est le risque qui met en jeu la sécurité des individus. La difficulté réside dans le fait qu'il s'agit de concepts sociaux, subjectifs très instables.

Or, depuis quelques décennies, le thème de l'insécurité occupe une place importante des débats des pays modernes. Cette inquiétude a décuplé à la suite des attentats djihadistes et notamment après le traumatisme du 11 septembre 2001. C'est dans ce contexte que l'on voit le principe de précaution poussé à l'extrême avec l'apparition de la notion de guerre préventive et tout un cortège de lois plaçant la sécurité comme droit prioritaire absolu.

La France n'échappe pas à cette évolution et entraîne la psychiatrie dans son sillage. Elle lui confit notamment un rôle d'expertise et de contrôle sociale à travers la loi de 2008 relative à la rétention de sûreté. Celle-ci permet d'enfermer indéfiniment une personne ayant déjà purgé sa peine sur simple estimation de sa dangerosité par deux experts en psychiatrie.(LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (1), 2008)

Cette évolution sociétale se répercute également sur le fonctionnement propre de l'hôpital psychiatrique. Considérée comme n'importe quelle autre entreprise, elle décline sa politique de gestion des risques et la question de la dangerosité, considérée comme risque de violence, devient centrale. Chaque événement, comme le drame de Pau ou de Grenoble, déploie un arsenal de mesures sécuritaires de plus en plus important.

Pourtant en définissant la dangerosité psychiatrique comme la « *manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* » la fédération française de psychiatrie insiste sur la dimension clinique de ce concept et sur la nécessité d'une approche thérapeutique individualisée du phénomène si l'on veut le maîtriser. (HAS, 2007).

En somme

La mise en isolement ne peut être envisagée que « *pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux* ».

L'enjeu est donc d'évaluer la dangerosité du patient afin d'intervenir au tout début de la phase d'agitation, si possible avant les premiers signes d'agressivité pour éviter le passage à l'acte.

On comprend donc bien que la violence en institution soit rarement un phénomène instantané et impulsif. Il serait plus juste de parler de crise obéissant à un processus complexe, contextuel, dynamique et évolutif. Elle est constituée de plusieurs phases distinctes, induites par de nombreux paramètres personnels, souvent subjectifs et environnementaux.

La crise

Le concept de crise

Si aujourd'hui, le concept de crise est largement utilisé dans le discours commun pour décrire des situations économiques, politiques ou sociales, il s'agit bien à l'origine d'un concept médical, déjà défini en médecine hippocratique. Cette dernière expliquait la maladie par le déséquilibre entre les différentes humeurs qui constituaient le corps humain. La crise marquait la phase tourmentée pendant laquelle l'organisme se débarrassait de l'agent pathogène et lui permettait de retrouver l'homéostasie.

C'est cette approche positive que l'on retrouve dans l'expression populaire « un mal pour un bien » ou dans la philosophie marxiste qui trouvait dans la crise un moyen de retrouver un équilibre social en se débarrassant du capitalisme.(Ordioni, 2011)

Depuis, du fait de son utilisation généralisée et de l'évolution des connaissances scientifiques le terme trouve un nouveau sens que le dictionnaire de l'académie française définit comme « *un évènement soudain qui vient, comme l'altération brusque de la santé, troubler et bouleverser une situation jusqu'alors paisible. On parlera ainsi, à juste titre, de la crise financière de 1929 ou de la crise pétrolière de 1973, que l'on appelle également choc pétrolier, ce qui souligne bien son caractère ponctuel. On évitera donc d'employer crise pour parler de phénomènes durables et l'on s'efforcera de le réserver à des évènements précis et limités dans le temps* »(académie française, s. d.).

Cette nouvelle approche insiste sur le caractère soudain et transitoire de la crise, sans y voir forcément une issue positive ou un retour à l'état antérieur.

Les études économiques et historiques feront peu à peu perdre à la crise son caractère imprévisible et inéluctable en identifiant des contextes favorisant et des facteurs déclenchants. (Ordioni, 2011) Dès lors, la crise n'est plus une fatalité mais un phénomène prévisible, voire évitable, si l'on sait en repérer les prémices.

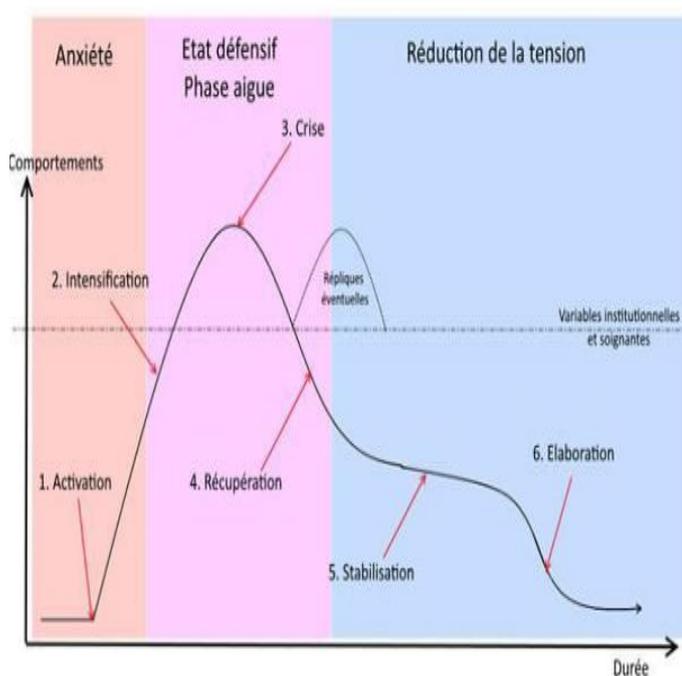
En définitive on peut décrire la crise comme une phase soudaine, marquant une rupture par rapport à l'état antérieur. D'une durée limitée dans le temps, elle répond à une mécanique pouvant être analysée. Sa résolution permet soit de revenir à l'état antérieur soit de créer un nouvel état.

La crise d'agitation

La crise d'agitation est souvent décrite comme un événement ponctuel plus ou moins inattendu, auquel il faut faire face en urgence. Pourtant, comme il vient d'être démontré, il s'agit plutôt d'un processus multifactoriel, dynamique et évolutif. Une analyse plus poussée retrouve parfois des origines avant même l'hospitalisation. Puis, dès l'admission, le mode de placement, l'accueil, l'architecture, les règles de vies, l'ambiance de service sont autant de paramètres qui influent sur l'état psychique du patient et sur son comportement.

Bien que les soignants ne le décrivent pas spontanément, l'expérience de terrain va plutôt dans ce sens. En effet, ce sont bien les prodromes de cette crise qui se cachent derrière le fameux « je l'sens pas » sans pouvoir les expliciter ou les transmettre.

Grace aux travaux de recherches, les différentes phases de la crise d'agitation sont aujourd'hui clairement identifiées. Ils ont permis d'aboutir à une schématisation en 6 phases du processus. (ROHR & LANQUETIN, 2020)



- L'activation : le facteur déclenchant
- L'intensification : montée en puissance des tensions
- La crise : Apogée des tensions, manifestation incontrôlable des tensions
- La récupération : diminution des tensions, retour en zone de contrôle. Période fragile où la réactivation est fortement probable.
- La stabilisation : un retour à une situation où l'excitabilité se trouve contenue.
- L'élaboration : phase de debriefing qui permet de revenir avec le patient sur l'incident et de mettre en place des stratégies pour en éviter la répétition.

La prévention

Dès 1948 l’OMS, qui ne considère plus la santé comme une absence de maladie, intègre le principe de prévention qu’elle définit comme « *l’ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle le décline dans les classiques 3 phases :

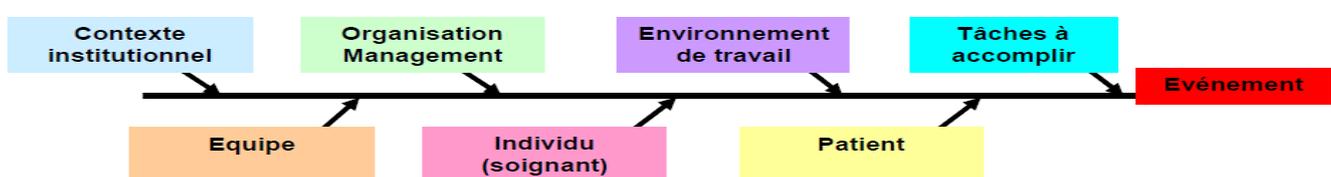
- Prévention primaire : qui vise à diminuer l’incidence de la maladie. L’objectif est donc d’agir sur les facteurs de risques pour éviter son apparition.
- Prévention secondaire : qui vise à diminuer la prévalence de la maladie. L’objectif étant de la dépister et de freiner son évolution dans une population
- Prévention tertiaire : à ce stade la maladie est présente et il s’agit d’en limiter les complications. (Les 3 niveaux de prévention selon l’OMS, s. d.), (HAS, 2006)

L’existence d’un processus psychodynamique de la crise d’agitation permet d’envisager de construire un modèle de prévention tel que défini par l’OMS.

Dans le cadre d’une unité de psychiatrie générale les paramètres relevant de la prévention primaire sont essentiellement subis. Pour s’inscrire dans cette philosophie du juste recours la réflexion se concentrera donc sur la prévention secondaire et donc sur les causes les plus proches de l’action.

La crise d’agitation étant considérée comme un risque inhérent aux soins psychiatriques, il paraît assez naturel d’utiliser des outils issus de la qualité et de la gestion des risques pour en structurer l’analyse. En effet, cette approche permet d’appliquer une méthodologie de recherche des causes plus scientifique et moins stigmatisante pour les soignants. L’objectif n’est pas de trouver des coupables, mais bien d’identifier les différentes étapes où le processus multifactoriel en cause, aurait pu être interrompu, et donc éviter l’incident.

C’est dans cet esprit que l’HAS encourage l’utilisation de la grille ALARM pour revenir sur ce type d’événement. Cet outil pousse à ne pas considérer la cause immédiate comme unique explication de l’incident mais à en rechercher les origines plus profondes, imperceptibles au premier regard. Elle propose une méthode standardisée de recherche structurée autour de 7 catégories de causes. Elle interroge les facteurs se situant autour du soin (patient, tâche à accomplir, soignant) mais également d’autres plus organisationnels (équipe, environnement de travail, organisation et management, contexte institutionnel).



(HAS, 2012)

Lors d'un incident, le premier réflexe est de questionner l'exécutant et de s'arrêter à une lecture binaire avec un facteur ayant déclenché la crise. Or cette dernière est plus souvent la conséquence que la cause. L'homme est un être bio-socio-éco qui évolue dans un environnement et chaque modification de l'un de ces paramètres viendra influencer son existence. Il en est de même dans le monde du travail où aucune action, même la plus routinière, ne se produit jamais deux fois à l'identique.

En ce sens l'erreur médicamenteuse illustre bien le mécanisme. Longtemps, la responsabilité en incombait uniquement aux soignants ayant administré le traitement ; ce qui les poussait d'ailleurs à ne pas les déclarer. Depuis, cette nouvelle approche pose le postulat que l'homme est par essence faillible et que l'environnement de travail doit permettre de prévenir les erreurs. C'est ainsi que, dans le registre du médicament, sont apparus des préconisations sur le packaging, les interruptions de tâches, les rythmes de travail, les robots de préparation à la délivrance individuelle...

La crise d'agitation et le recours à l'isolement n'échappe pas à cette règle. Souvent, le soignant qui a fait face à une crise d'agitation s'est vu accusé de l'avoir provoquée, alors qu'il a été clairement démontré que le mode d'hospitalisation, l'ambiance du service, les effectifs soignants, la présence médicale ou les conditions de séjours, sont autant d'éléments prépondérants dans l'enchaînement des situations. (ROHR & LANQUETIN, 2020)

Hélas, comme il a déjà été dit, l'essentiel de ces paramètres sont subis par le binôme patient/soignants, avec peu de chance de les modifier. Il convient donc, sans négliger la prise en compte de tous ces facteurs, de se pencher sur l'interaction entre ces deux protagonistes qui est le théâtre de la manifestation de la crise.

En effet, il existe une relation de proximité, presque intime, entre les infirmiers et le patient. Ils sont les interlocuteurs privilégiés du patient durant son séjour. Ce sont eux qui l'accompagneront dans le quotidien et à eux que s'adresseront les demandes, les confidences comme les reproches. Ils sont ceux qui connaissent le mieux le patient et que le patient connaît le mieux. Ils sont également ceux avec qui le patient passe le plus de temps. Ils sont donc les plus à même de déceler le moindre changement qui pourrait conduire à la violence.

Pourtant, on trouve peu de trace de ce qui se joue au seuil de la crise. Une première lecture spontanée des événements donne l'impression d'une relation binaire entre la crise d'agitation et le recours à l'isolement.

Cependant, lorsqu'on se penche sur ces événements, notamment lors de situation suffisamment grave pour donner lieu à un debriefing ou à une analyse de type retour d'expérience, les soignants dépeignent une toute autre réalité. Généralement, ils repèrent un état de tension, lié à un événement déclencheur qui entraîne patient et soignants, dans un enchaînement d'interactions qui imposera le recours à l'isolement avec ou sans contention.

Si ce type d'analyse est indispensable pour dégager des pistes d'amélioration pour l'avenir, il ne donne pas de réelles indications sur ce qui se passe réellement au moment des faits. Il est en effet, impossible de distinguer si l'analyse de la situation par les soignants est conforme à ce qui s'est véritablement produit lors de l'événement, ou s'il s'agit d'une relecture et d'un décryptage a posteriori.

C'est pourquoi nous trouvons pertinent d'explorer l'exercice infirmier à ce moment fatidique que représente la phase d'intensification et notamment le repérage des signes annonciateurs de l'agitation et les actions de prévention mises en place.

Comme il l'a été développé précédemment, la crise d'agitation n'est que très exceptionnellement explosive. Elle répond très majoritairement, à un processus dynamique évolutif. Aussi, il semble assez probable que la mise en isolement puisse souvent être en lien avec un manque de repérage des prodromes par l'équipe infirmière.

Or cette étape est primordiale pour la prise en soins. En effet, c'est précisément cet exercice qui permet de justifier, que conformément à la réglementation, la mise en isolement s'inscrit bien dans un processus gradué dont elle incarne le dernier recours. Le repérage des signes précurseurs est alors initiateur d'actions de l'infirmier lui-même ou d'autres soignants, comme celles du médecin à travers des entretiens ou une modification des traitements. Ces actions devraient permettre de juguler la crise et d'éviter que l'isolement soit la seule réponse possible.

Dès lors, devant servir de base de travail à tous les soignants intervenants dans la prise en soin du patient, Il paraît assez naturel de retrouver des traces de ce repérage dans les transmissions ciblées.

Ce travail cherche justement à éclaircir ce point. En partant de l'hypothèse que la mise en isolement d'un patient pourrait être due à un défaut de repérage précoce des signes précurseurs de la crise d'agitation, l'objectif est de vérifier, dans les transmissions ciblées infirmières, l'identification de ce risque.

Le critère retenu pour définir si le repérage a bien eu lieu, est la mention explicite de l'existence d'un risque de violence dans les transmissions ciblées, sur les 48heures précédents la mise en isolement.

Une seconde analyse vérifiera si, bien qu'il ne soit pas clairement mentionné, le risque de violence puisse être déduit par le soignant, à la lecture des transmissions ciblées des 48 heures précédant l'isolement.

Une troisième analyse vérifiera si, bien que les infirmiers ne les aient pas identifiés, les transmissions ciblées contenaient suffisamment de signes pour identifier un risque de violence potentiel. Pour ce faire, les signes précurseurs de violence seront recherchés dans les transmissions ciblées des 48 heures précédant la mise en isolement.

Enfin, une dernière analyse cherchera à identifier les signes précurseurs les plus souvent rencontrés.

Matériel / Méthode

L'objectif principal de ce travail est d'observer et de déterminer si le risque de violence est identifié précocement par les soignants, c'est-à-dire dans les 48 heures qui précèdent la mise en isolement. Pour ce faire, une étude rétrospective observationnelle a été menée au sein des unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte, de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération Lilloise (EPSMAL).

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données du Groupement hospitalier de territoire de psychiatrie Nord-Pas-de-Calais, sous la méthodologie MR004

Population recrutée

L'EPSMAL s'organise autour de 3 sites d'hospitalisations.

Le site de Lommelet à saint André Lez Lille, qui en est le siège social. Il accueille les 4 secteurs lillois, un service d'addictologie, une unité pour adolescents et une unité de psycho-réhabilitation.

Le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA), accolé à l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, est la porte d'entrée des services lillois. Il accueille préférentiellement les entrées pour des hospitalisations courtes ou les réoriente sur le site de Lommelet pour des hospitalisations plus complexes.

L'hôpital Lucien BONNAFE à Roubaix accueille 4 unités de la région roubaisienne et une unité d'accueil intersectorielle (CAPI).

Chaque unité a une capacité de 20 lits et dispose d'un espace d'isolement.

Les unités d'addictologie, psycho-réhabilitation et le CAPI n'ont pas vocation à prendre en soin des patients isolés ou contenus.

Cette étude observationnelle rétrospective a été menée sur 40 dossiers de patients isolés au cours de l'année 2019.

Les années 2020 et 2021 auraient pu nous donner des données plus récentes mais, l'impact de la pandémie COVID sur les hospitalisations risquaient de biaiser considérablement les données.

Le département d'information et de recherche médicale (DIRM) a sélectionné aléatoirement une liste de 60 dossiers de patients parmi ceux isolés entre le 01/01/2019 au 31/12/2019

Les dossiers ont été traités dans l'ordre proposé par le DIRM jusqu'à l'obtention d'un panel de 40 dossiers, après avoir appliqué les critères d'exclusions.

Ont été exclus de cette étude, les dossiers de patients arrivants en hospitalisation avec une indication d'isolement posée par les services adressant. De même, les dossiers de patients mis en isolement pour d'autres motifs que le risque de violence, n'ont pas été retenus.

Mesure

Il s'agit d'aller rechercher dans les transmissions ciblées, l'évaluation du risque de violence dans les 48 heures précédant l'isolement.

Le critère retenu est de comptabiliser le nombre de dossiers de patients isolés pour qui le risque de violence est mentionné explicitement dans les 48 heures précédant la mise en isolement.

Pour les objectifs secondaires, une seconde mesure consiste à relever le nombre de dossiers pour lesquels le risque de violence est perçu par le soignant à la lecture des transmissions ciblées des 48 heures précédant l'isolement.

Une troisième mesure consiste à comptabiliser le nombre de dossiers patients pour qui, bien que le risque de violence n'ait pas été repéré (mentionné explicitement ou déduit de la lecture), les transmissions ciblées des 48 heures précédant l'isolement contiennent suffisamment de signes pour l'envisager.

Le recensement des signes précurseurs a été effectué en utilisant deux grilles d'évaluation standardisées du risque de violence.

Dans ce travail, les grilles d'évaluation ne sont pas utilisées dans l'objectif pour lequel elles ont été validées, à savoir l'évaluation clinique du patient. Ici l'objectif est de baser le recensement des signes retranscrits dans le dossier de soin, sur une liste de facteurs validée.

Si la cotation a posteriori, peut alimenter la réflexion, on ne peut la considérer comme conforme aux normes d'utilisation des outils.

Les grilles

L'évaluation du risque de violence préoccupe depuis toujours le champ de la psychiatrie. Si pendant de nombreuses années l'objectif était de pouvoir la prédire, celui-ci laissera finalement place à l'objectif plus réaliste d'évaluation du risque.

Les grilles issues des travaux des chercheurs, sont souvent partagées avec la criminologie qui s'efforce, elle aussi, depuis très longtemps à estimer ce risque, notamment pour estimer la probabilité de récidive. En effet, bien que les objectifs finaux soient très différents, c'est généralement la même dynamique qui est en cause.

Il existe aujourd'hui pléthore d'outils d'évaluation du risque de violence qui ont été construits dans le but d'évaluer un risque spécifique, dans une population spécifique. Il convient donc d'être méticuleux et précis lors de la sélection de l'échelle à utiliser.

On constate principalement deux approches. Une objectiviste dite actuarielle et une subjectiviste dite de jugement clinique structuré.

L'approche actuarielle est une approche d'évaluation statistique du risque de violence. Elle évalue le risque de violence à travers l'existence de facteurs de risque. L'essentiel de la réflexion se porte sur le recensement et la validation des critères qui constituent la grille.

Cet outil offre donc l'avantage de pouvoir être utilisé par tout le monde même avec peu de connaissances théoriques.

L'approche subjectiviste favorise une approche plus clinique du phénomène. Elle ne se cantonne pas à l'addition de facteurs qui donneront une cotation chiffrée du risque. Il s'agit ici de l'évaluation d'une personne par une autre personne du risque de violence, basée sur des critères scientifiquement validés.

Elle regroupe aussi bien des facteurs de risques que des facteurs protecteurs. Ces derniers viendront alimenter la réflexion clinique qui appréciera le risque de violence (Millaud & Dubreucq, 2012).

Ces différentes approches divisent les équipes de soins. Elles contestent la validité des outils soit parce que jugées trop simplistes (actuariales), soit parce que jugées trop complexes et trop « personne-dépendant » (jugement clinique structuré).

D'où le choix, pour cette étude, d'utiliser une grille actuarielle et une grille de jugement clinique structurée, pour relever les signes annonciateurs de la crise de violence éventuellement présents dans les transmissions ciblées.

Cette double évaluation permet une approche plus exhaustive de la situation.

La grille objectiviste

Le choix s'est porté sur la *Brøset Violence Checklist* (BVC). Cette grille actuarielle a été mise au point par les équipes de l'hôpital universitaire Saint Olavs en Norvège. Elle présente donc l'avantage d'avoir été élaborée dans une approche soignante, dans un établissement psychiatrique prenant en soins des patients ayant présenté des actes médicolégaux. Grâce à l'observation des patients, elle a mis en évidence six signes majoritairement présentés dans les 24 heures qui précèdent la manifestation de violence.

Il s'agit d'une cotation simple, binaire où l'on quote 0 l'absence ou 1 la présence du signe. Elle considère le risque comme faible pour un score de 0, modéré de 1 à 2 et élevé si le score est supérieur à 2.

Confus	Apparaît de façon évidente confus et désorienté. N'est plus conscient de l'heure, du lieu et des personnes.
Irritable	Facilement énervé ou en colère. Incapable de tolérer la présence des autres.
Remuant	Comportement ouvertement bruyant. Par exemple claque les portes, crie lorsqu'il parle.
Menace physique	Lorsqu'il y a une intention délibérée de menacer physiquement une autre personne. Par exemple la prise d'une position agressive. Le fait d'accrocher les vêtements d'une autre personne, de lever le bras ou le poing, de lancer la jambe, ou mimer un coup de tête vers quelqu'un.
Menace verbale	Un déchainement verbal qui n'est pas seulement une élévation du ton de la voix ; et lorsqu'il y a une intention délibérée d'intimider ou menacer une autre personne. Par exemple des attaques verbales, des abus, des appels par le nom, des commentaires neutres exprimés d'une manière agressive ou hargneuse.
Attaques d'objets	Une attaque dirigée vers un objet et non un individu. Par exemple le fait de lancer un objet sans discernement. Claquer ou fermer fort des fenêtres ; Donner un coup de pied à un objet, claquer un objet, donner un coup de tête à un objet, ou briser du matériel.

Pour cette étude, la valeur seuil est de 1, c'est-à-dire dès l'apparition d'un risque modéré, conformément au seuil validé pour cette grille.

Cet outil est aujourd'hui largement utilisé sur les cinq continents. Il a été traduit dans de nombreuses langues et est souvent cité dans les publications traitant de l'évaluation du risque de violence.

La BVC a été aussi bien évaluée en psychiatrie générale, que chez les adolescents, les maisons de retraites ou les services d'urgence.

La grille subjectiviste

Le choix de la grille de jugement clinique partagée s'est porté sur celle élaborée par l'équipe de l'observatoire local de la violence du centre hospitalier de Saint-Anne à Paris.

	GRILLE D'EVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE (A UTILISER A TOUT MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE EN PREVENTION ET EN SUIVI)	CHSA PEC VIOLENCE FOR 02 Version 1 Date de validation : en cours Page 1 sur 1							
<i>Etiquette d'identification du patient</i> <i>A coller par l'unité de soins</i> Nom de naissance : Prénom : Sexe : Date de naissance :									
<i>Le risque de passage à l'acte violent est à évaluer en tenant compte de l'accumulation des facteurs</i>									
FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE LIES AU PATIENT	Date / heure			Date / heure			Date / heure		
	OUI	NON	NSP*	OUI	NON	NSP*	OUI	NON	NSP*
Antécédents de violence physique									
Rupture de traitement									
Intoxication ou manque : alcool, toxiques, médicaments, tabac									
Possession d'une arme ou d'un objet potentiellement dangereux									
Refus de soin et / ou du cadre de soins									
Intolérance à la frustration, impulsivité, sentiment d'injustice									
Confusion									
Angoisse majeure									
Incapacité d'élaboration, de verbalisation									
Eléments délirants persécutifs, méfiance									
Manque d'empathie, froideur affective									
Opposition, refus de parler, mutisme									
Provocations, insultes, menaces									
Haussement de ton, cris									
Déambulation, signes de tension ou d'impatience : crispation, regard fixe, poings serrés...									
Distance physique inadaptée, menaces physique claires : main levée, poing levé...									
Rempli par									
NSP* : Ne Sait Pas									
<i>Grille élaborée par l'Observatoire Local de la Violence du Centre Hospitalier Sainte Anne, Paris</i>									

Confrontée à une augmentation des phénomènes de violence, l'équipe de l'observatoire locale de la violence de l'hôpital Saint-Anne a proposé un guide pratique d'évaluation des risques de violence, accessible au plus grand nombre sans formation spécifique.

L'objectif est de permettre aux professionnels d'évaluer finement le risque de violence, grâce à une grille d'évaluation et à un cours apport théorique sur certains concepts clés tels que violence, agressivité et passage à l'acte. Cet outil ne propose pas de cotation chiffrée, mais invite plutôt à une réflexion clinique. Le Risque est apprécié en fonction des critères identifiés en nombre et en qualité.

Procédure

Les transmissions ciblées de chacun des 40 dossiers sélectionnés ont été analysées sur les 48 heures qui ont précédé la mise en isolement.

Les signes relevés au moment de l'agitation n'ont pas été retenus. Ceux-ci ne s'inscrivent plus dans le repérage précoce mais plutôt comme le justificatif de la mise en isolement.

Une première analyse relève le nombre de dossier où le risque de violence a été mentionné explicitement.

La deuxième analyse relève le nombre de dossier où le soignant identifie un risque de violence à la lecture des transmissions ciblées.

En effet, il n'est pas rare que l'objectif de la transmission ciblée ne soit pas clairement annoncé. Souvent, le rédacteur retranscrit uniquement les éléments permettant au lecteur de tirer les conclusions adéquates. Ainsi, au lieu d'annoncer clairement le risque de violence, le soignant retracera plus facilement, un descriptif du comportement qui laisse présager du risque de passage à l'acte, tel que : agité, tendu, intolérant à la frustration, regard noir ...

Cette évaluation est faite par le même soignant pour les 40 dossiers. Cet infirmier est considéré comme représentatif de la population soignante des unités de psychiatrie générale

La troisième analyse consiste en la cotation des deux grilles d'évaluation à partir des signes relevés dans le dossier.

La quatrième analyse consiste à identifier les signes issus des deux grilles d'évaluation les plus souvent retrouvés dans les transmissions ciblées.

Pour mieux cerner la population, 3 critères ont été relevés :

- L'âge
- Le genre
- Le mode d'hospitalisation

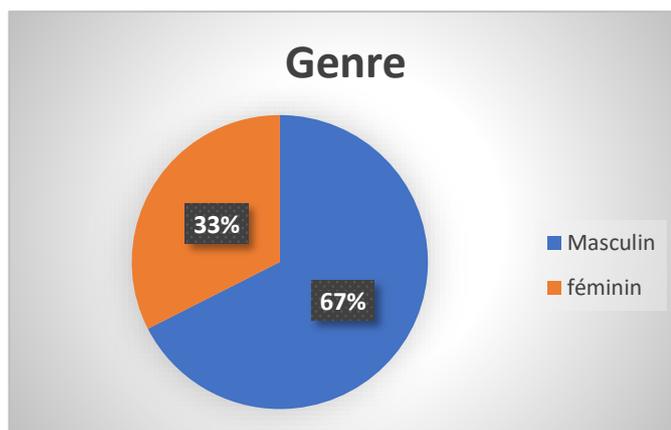
Résultats

Profil de la population

Genre

Conformément à ce que l'on retrouve dans la littérature, la population prise en soin en espace d'isolement est très majoritairement masculine.

Genre	Nombre	Pourcentage
Masculin	27	67,5
Féminin	13	32,5

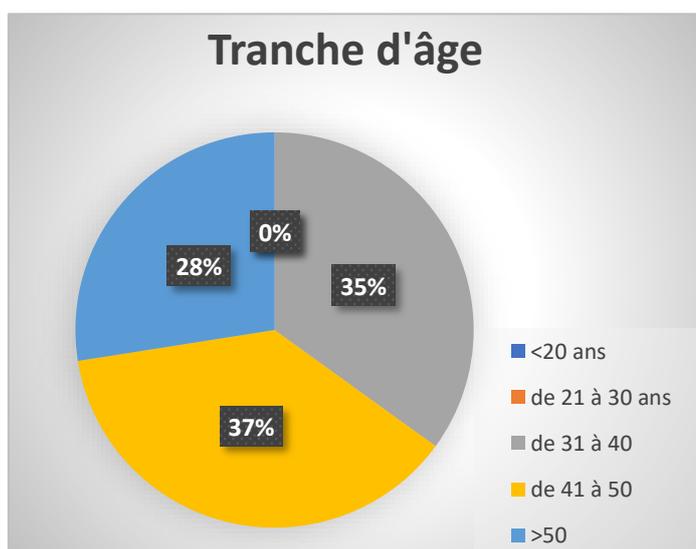


L'âge

Les âges ont été répartis en 5 tranches par décennie, allant des moins de 20 ans aux plus de 50 ans.

Dans ce panel, aucun patient de moins de 30 ans n'a été concerné par une mesure d'isolement.

Âges	Nombres	Pourcentage
Moins de 20 ans	0	0%
De 21 à 30 ans	0	0%
De 31 à 40 ans	14	14%
De 41 à 50 ans	15	15%
Plus de 50 ans	11	11%

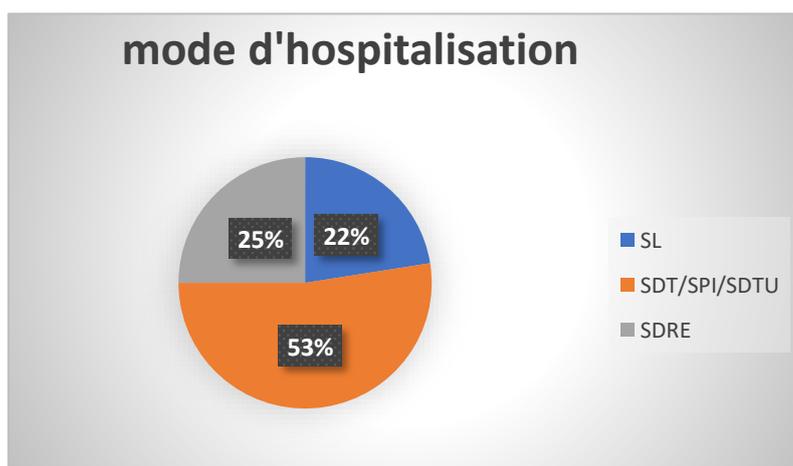


Mode d'hospitalisation

Les modes d'hospitalisation se répartissent en 3 groupes. Le soin libre (SL). Le soin à la demande d'un représentant de l'état (SDRE). Les différents modes d'hospitalisation à la demande d'un tiers ont été réunis dans un même groupe avec les soins à la demande d'un tiers en urgence et les soins en péril imminent (SDT, SDTU, SPI).

Répartition du panel

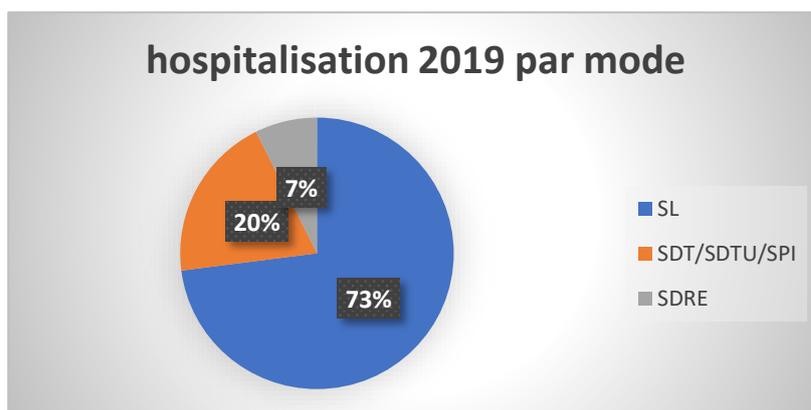
Mode	Nombre	Pourcentage
SL	9	22,5
SDT / SDTU / SPI	21	52,5
SDRE	10	25



Un peu plus de la moitié des patients isolés sont hospitalisés sous l'un des modes d'hospitalisation à la demande d'un tiers. L'autre moitié se répartit de manière presque équitable entre le soin libre et le soin à la demande d'un représentant de l'état.

La répartition pour les hospitalisations de 2019

Mode	Nombre	Pourcentage
SL	3166	73
SDT / SDTU / SPI	854	20
SDRE	319	7



À titre de comparaison, en ce qui concerne l'ensemble des hospitalisations de l'EPSMAL pour l'année 2019, les trois quarts des patients ont été accueillis en soins libres et donc un quart sous contrainte. Les soins à la demande d'un représentant de l'état restent relativement exceptionnels (7%).

Évaluation du risque d'agitation

Critère principal

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si le repérage précoce des prodromes du risque de violence, dans les 48 heures qui ont précédé la mise en isolement, a bien eu lieu.

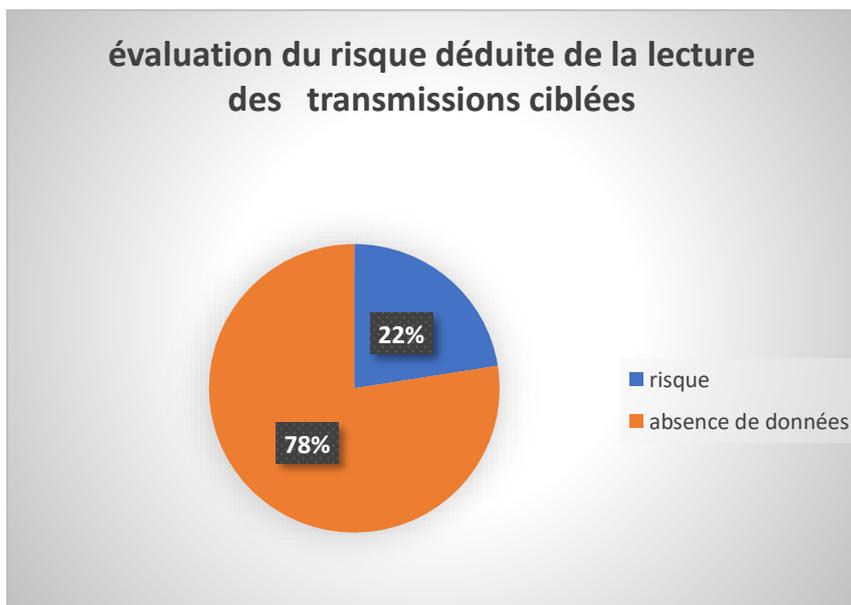
Le critère principal retenu, est le nombre de dossier où le risque de violence est mentionné.

Le risque de violence explicitement mentionné, n'a été retrouvé dans aucun dossier.

Critères secondaires

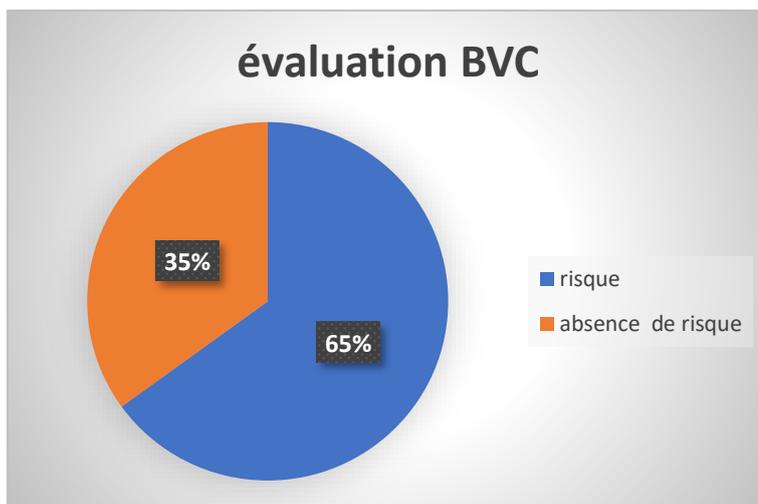
Le critère retenu est le nombre de dossier où le soignant déduit un risque de violence, à la lecture des transmissions ciblées des 48 heures précédant la mise en isolement.

Le risque de violence a été déduit dans 9 dossiers sur les 40 sélectionnés, c'est-à-dire dans 22% des cas.



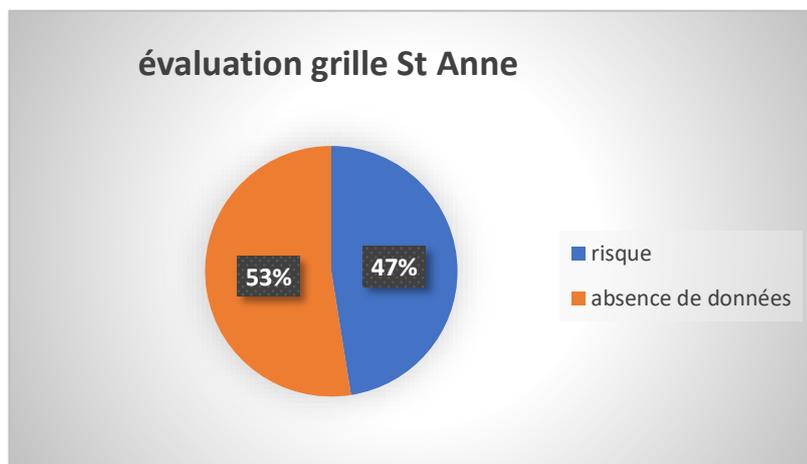
Évaluation avec La grille BVC

Le repérage du risque de violence basé sur la grille BVC a permis de l'identifier dans 26 dossiers sur les 40 sélectionnés, c'est-à-dire dans 65% des cas



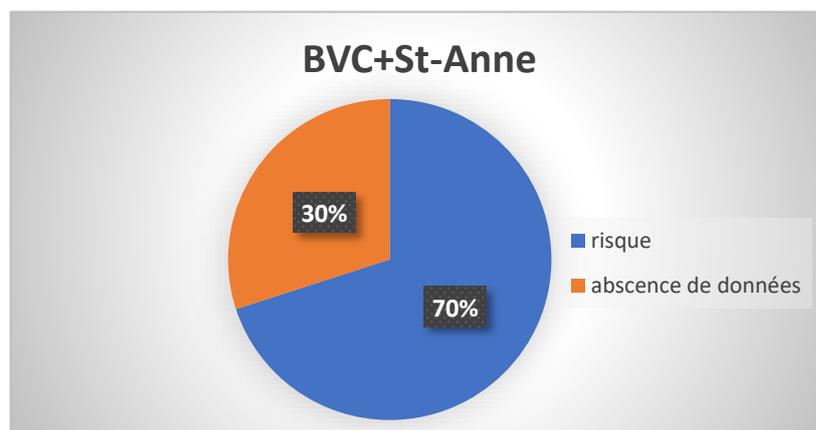
Evaluation avec la grille de Sainte-Anne

Le repérage du risque de violence basé sur la grille de Sainte-Anne a permis de l'identifier dans 19 dossiers sur les 40 sélectionnés, c'est-à-dire dans 47% des cas



Evaluation globale des 2 grilles

Au totale, l'évaluation du risque de violence par l'une ou l'autre des grilles a permis de l'identifier dans 28 dossiers sur les 40 sélectionnés, soit dans 70% des cas

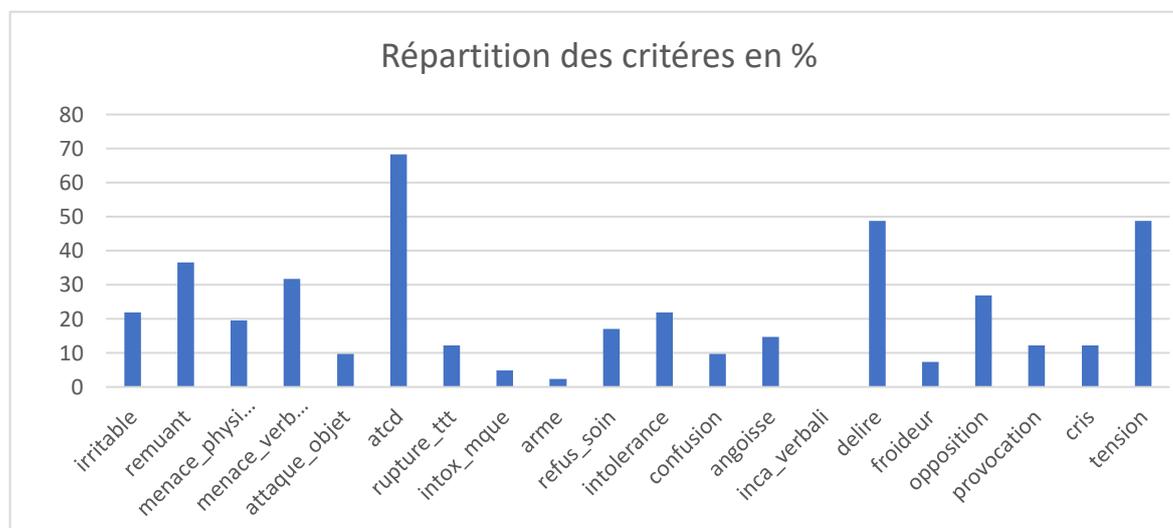


L'utilisation de la grille BVC a permis d'identifier le risque de violence dans 26 des 28 dossiers où le risque de violence a été identifié au total par les deux grilles

L'utilisation de la grille de Saint-Anne a permis d'identifier 19 des 28 dossiers où le risque de violence a été identifié au total par l'ensemble des grilles, dont 2 que l'utilisation de la grille BVC n'avait pas permis d'identifier

Critères les plus souvent rencontrés

Le taux d'apparitions de l'ensemble des critères des deux grilles a été mesuré pour les 40 dossiers sélectionnés, à la recherche de facteurs à fort potentiels de risque de violence.

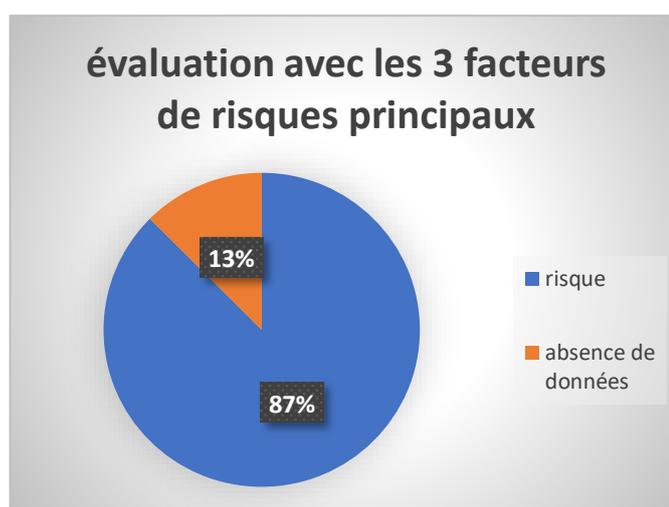


Il apparait significativement que les antécédents (68%), le délire (48%) et les signes tension (48%) sont les trois facteurs de risques le plus souvent retrouvés. Ils seront dénommés critères principaux dans la suite du travail.

La philosophie de la grille BVC, à savoir que la simple présence d'un de ces facteurs de risque suffit à caractériser l'existence du risque de violence, a été appliquée à ces trois facteurs principaux.

Ils ont permis une nouvelle analyse des transmissions ciblées.

Il s'avère que ces facteurs principaux suffisent à identifier le risque de violence dans 35 dossiers sur les 40 sélectionnés, soit dans 87% des cas



Discussion

Résultat principal

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si le risque de violence est mentionné explicitement dans les transmissions ciblées dans les 48 heures qui précèdent la mise en isolement.

Il s'avère que le risque de violence n'est mentionné explicitement dans aucun des 40 dossiers sélectionnés.

Ce résultat rejoint le constat de nombreuses études qui proposent des méthodes d'évaluation du risque.

Ce résultat va également la sens du ressenti du terrain où le risque de violence est rarement explicité et anticipé, mais dont le processus est souvent mis en évidence a posteriori.

En effet, lorsqu'on étudie les événements suffisamment sérieux pour donner lieu à des analyses de type retour d'expérience, il existe souvent une différence importante entre les premiers rapports d'incidents et les analyses qui seront faites à distance (1 mois minimum).

Si les rapports décrivent régulièrement des situations brutales qui ont surpris les agents, leurs analyses pendant les réunions relatent plutôt, un processus débutant parfois plusieurs jours auparavant.

Ces constructions a posteriori, sont souvent le fruit d'échanges formels (debriefing d'équipe) ou informels (autour d'un café) au cours desquels chaque agent va partager son vécu de la situation. Ces éléments, mis bout à bout, leur permettent ensuite, de comprendre le processus qui a abouti à cette crise d'agitation.

Résultats secondaires

Premier résultat secondaire

Cependant, le risque de violence est déduit de la lecture des transmissions ciblées des 48 heures précédant la mise en isolement dans 22% des cas, sans avoir été clairement explicité.

En effet, les infirmiers, face au risque de violence, le nomment rarement expressément dans les transmissions, mais choisiront plus volontiers, de donner un descriptif de la situation suffisamment détaillé pour que le lecteur en déduise l'existence.

Cette façon de faire peut trouver une explication dans le processus diagnostic infirmier, où le soignant devait se lancer dans un montage complexe, pour ne pas poser un diagnostic qui relèverait de la compétence médicale. C'est ainsi que, par exemple, pour décrire les actions d'assistances prodiguées à une personne

souffrant d'une fracture du col du fémur, on parlait généralement d'une déficience en autosoins liée à une incapacité transitoire à se mouvoir. Cette gymnastique de l'esprit a conduit toute une génération d'infirmier vers un style particulier de transmissions qui a très probablement, influencé l'exercice des générations suivantes.

L'obnubilation de la déstigmatisation pourrait également fournir une explication à cette façon de faire. En effet la psychiatrie lutte depuis des décennies, voire des siècles, contre une opinion publique très majoritairement négative. Elle se bat pour que ses malades soient considérés comme n'importe quel autre malade et pour que la psychiatrie soit considérée comme n'importe quelle autre discipline médicale. Aujourd'hui encore, les notions d'enfermement, de violence, de sédation massive, de traitements barbares sont trop souvent accolées à la discipline. Aussi, la lutte pour la déstigmatisation s'est clairement affichée dans les politiques publiques et déclinée sur le terrain.

S'il semble, a priori, relativement naturel de soutenir et de participer à cette lutte, il faut cependant veiller à ne pas verser dans l'extrémisme et à ne pas adopter des positions antagonistes, souvent contreproductives, où la déstigmatisation prime sur le soin. C'est par exemple cette volonté qui a conduit les services de psychiatrie à choisir des maisons de maître ou des plateaux de bureaux, pour y loger, en toute discrétion, les centres médicopsychologiques (CMP) qui se révèlent complètement inadaptées à l'exercice. Il en va de même pour le recours aux traitements sédatifs, largement sous-utilisés, en contre-réaction à la réputation de la discipline. Pourtant, elle reste l'un des outils les plus efficaces contre l'angoisse envahissante et que cette sous-utilisation expliquerait, en partie, le recours croissant à l'isolement et à la contention (NICE, 2015), (HAS, 2016).

Parmi tous ces clichés, celui de la violence représente l'un des plus caricaturaux. Intimement lié à la psychiatrie par la vox populi, elle est, pendant toute une période, niée par de nombreux professionnels. À un tel point qu'il devient préjudiciable pour l'agent de l'évoquer, et par conséquent, encore plus mal vu, de la tracer dans un dossier de soin. D'où ces périphrases qui n'ont pour but que de transmettre aux collègues suffisamment d'éléments pour anticiper le risque de violence, sans le nommer expressément.

Pourtant, si l'on veut éviter la manifestation de la violence, qui est de fait statistiquement liée à la psychiatrie, l'une des solutions serait, justement de la repérer dès les premiers signes précurseurs et de la prendre en charge avant ses manifestations bruyantes.

Or que l'on retienne le critère principal de cette étude (identification claire de la violence) ou le secondaire (le risque de violence est déduit de la lecture des transmissions ciblées), le constat reste que le risque de violence est très largement sous-évalué de manière formelle et que cette sous-évaluation contribue très probablement au recours important aux mesures d'isolement et de contention.

Deuxième résultat secondaire

L'analyse systématique et structurée des transmissions ciblées des 48 heures précédant la mise en isolement, permet l'identification du risque dans 63% des cas

Or, comme le démontre de nombreuses études, l'utilisation de grilles d'évaluation standardisées en médecine présentent de nombreux avantages (Hatfield et al., 2010).

En premier lieu, elles apportent une aide importante au diagnostic. Elles regroupent les signes clés de façon organisée. Ceci, permet au soignant d'éviter les omissions et de structurer son raisonnement clinique. La définition d'un cut-off (valeur seuil à partir de laquelle on définit la positivité) permet au soignant d'assurer son diagnostic de manière objective et d'éviter ainsi, les faux positifs ou négatifs.

Elles améliorent également, la qualité des soins, en permettant à chaque professionnel de disposer des éléments nécessaires au diagnostic. Il apparaît évident que, dans une médecine de plus en plus pointue et spécialisée, il est impossible pour un soignant, de tout maîtriser sans aucune faille. D'autant que dans un exercice polyvalent, il peut se passer un long moment avant d'être confronté à certaines situations spécifiques (mémoire sélective et principe du « on ne fait bien que ce qu'on fait souvent »). Ces outils lui permettent donc de disposer de sources fiables et validées, sur lesquelles s'appuyer pour poser le diagnostic et adopter la bonne stratégie thérapeutique. Le R.U.D (risque, urgence, dangerosité) pour l'évaluation du risque suicidaire ou le score de Cushman pour l'évaluation du risque de sevrage alcoolique, sont aujourd'hui des outils du quotidien incontournables pour les soignants, quel que soit leur lieu d'exercice. Ce sont ces outils qui permettent d'assurer les prises en soin adéquates aux personnes accueillies, souffrant de troubles de ces natures.

De plus, ces échelles permettent, en cas d'enquête médico-légale, de prouver que la décision thérapeutique fait bien suite à une évaluation conforme aux règles de bonnes pratiques.

Ces outils d'évaluation assurent un meilleur suivi des personnes, en permettant d'objectiver l'état de santé à chaque consultation. L'évolution des scores décrit de façon plus scientifique l'évolution de l'état de santé et permet de revenir sur chaque critère plus aisément.

Ces grilles standardisées améliorent également la communication entre professionnels grâce à l'objectivation des évaluations. En cancérologie, le descriptif standardisé de la tumeur permet à chaque intervenant de s'en faire une idée précise et d'envisager les soins à prodiguer.

Enfin, la standardisation favorise les avancées de la recherche, puisqu'elle garantit la comparabilité des données, quel que soit le lieu où l'étude est menée. Ceci rend les protocoles de recherche comparables et reproductibles.

Conformément aux données de la littérature, cette étude laisse à penser que, y compris en psychiatrie, l'utilisation d'outils d'évaluation pourrait améliorer le jugement clinique du soignant (Hatfield et al., 2010). Comme il a été énoncé plus haut, le recensement des signes, le cut-off et la structuration de la réflexion renforce la démarche clinique du soignant. On n'envisage d'ailleurs plus aujourd'hui, de poser le diagnostic d'autisme, de trouble de l'attention ou de catatonie sans évaluation standardisée.

Pourtant, malgré ce haut niveau de preuve, l'utilisation d'outil standardisé peine à se faire une place en psychiatrie. Les tentatives d'implantation soulèvent au mieux l'indifférence, au pire l'opposition et le rejet. Il serait donc intéressant d'en cerner les raisons afin de pouvoir favoriser leur implémentation dans la pratique quotidienne.

Tout d'abord, il faut garder à l'esprit, qu'il s'agit d'une pratique récente, qui ne fait pas partie de l'approche médicale traditionnelle. Ce n'est que dans les années 80 que les outils standardisés font leur apparition dans les services publics, dans une approche rationaliste, que ce soit pour l'évaluation, la mesure d'activité ou la gestion des risques. Elle s'invite encore plus tard dans le monde de la santé, avec le développement de la médecine fondée sur les données probantes et le besoin de pouvoir démontrer l'efficacité des soins prodigués par des études scientifiques comparables et répliquables.

Cependant la jeunesse de l'évidence-based médecine ne suffit pas à expliquer la faiblesse de son implantation. En effet, si elle s'est relativement bien enracinée en médecine générale, comme l'a montré la crise covid, la psychiatrie peine à lui faire une place. Elle est même plutôt, source de tensions et de conflits entre les soignants.

Pour une part importante d'entre eux, la clinique, c'est à dire l'examen au lit de la personne, suffit à démontrer l'efficacité du traitement. Ce sont les notes que trace le soignant à chaque consultation dans le dossier de soins, qui témoignent de l'évolution de l'état de santé et donc de l'efficacité de la prise en soins. Alors que, dans la philosophie de l'évidence-based médecine, l'efficacité se prouve à distance, dans l'espace et dans le temps, après des manipulations complexes d'une multitude de données.

Certains soignants affichent une position dogmatique de rejet des grilles standardisées. Ils y voient un risque de standardisation de la pratique et un appauvrissement clinique.

C'est parfois juste la méconnaissance de ces outils qui en freine l'implantation. Une part importante des soignants, n'a pas été initié à avoir recours aux échelles standardisées dans leur exercice quotidien. Pour les rares qui l'ont été, l'enseignement était trop sommaire pour qu'ils puissent saisir l'importance et la portée de l'utilisation de ces outils en santé mentale.

De ce fait, en plus de le méconnaître, ils ne voient pas d'intérêts à y avoir recours, estimant leurs connaissances et expériences suffisantes pour poser leur jugement clinique.

De plus, le côté scolaire et rébarbatif de la passation des tests peut rebuter les plus volontaires. Ceux-ci s'avèrent parfois trop spécifiques, trop long et inadaptés pour l'exercice quotidien.

Ce point soulève la question centrale du choix de l'outil. En effet, il existe une multitude de grilles d'évaluations puisqu'elles ont toutes été développées par, ou pour des équipes, afin de répondre à leurs besoins spécifiques.

Ainsi, l'approche souhaitée, le lieu d'exercice, l'organisation, la population concernée ou la mission confiée, sont autant d'éléments à ne pas négliger pour un choix cohérent et adapté aux besoins.

Pour les équipes qui se lancent dans la mise en place d'outils d'évaluation de la violence, la principale difficulté est l'orientation vers des outils actuariels ou plutôt vers les outils de jugement clinique partagés.

La psychiatrie s'oriente plus souvent vers le jugement clinique partagé qui se rapproche plus de sa tradition, en restant très centré sur la personne et sur la singularité de chaque situation. Il prend en compte la dimension complexe du phénomène et l'interaction des critères dans l'évaluation du risque. L'évaluation qui en découle est jugée moins artificielle et plus fiable puisqu'elle ne se concentre pas uniquement sur les facteurs de risques, mais prend en compte les facteurs protecteurs et le contexte de l'événement. C'est pour cela que ce type d'outil ne propose pas de cotation chiffrée mais invite plutôt, à une réflexion clinique basée sur le recensement de facteurs de risques identifiés et validés scientifiquement.

Ceci représente également sa principale faiblesse, puisqu'il n'atténue que très peu le caractère subjectif de l'évaluation. C'est effectivement le soignant qui, in fine, appréciera, en fonction de son analyse et donc de ses représentations, la présence ou non de risque.

En outre, la longueur de ces évaluations, qui oblige parfois à rechercher des éléments rarement directement accessibles dans les dossiers, est couramment mise en avant par les équipes. Elle nécessite également généralement une formation plus ou moins longue pour être capable de les appréhender

À l'opposé, les grilles actuarielles sont réputées être plus rapide et de ne mobiliser que peu de temps d'initiation pour la prise en main. L'un des arguments massues déployé par ses promoteurs, est que justement, ces cotations sont facilement accessibles et qu'elle pourrait être cotée par un employé de bureau. Cet argument permet de répondre aux inquiétudes des novices qui se sentent souvent démunis face au risque de violence.

De plus, la définition de valeur seuil de positivité donne à l'évaluation un caractère plus rigoureux et objectif.

Par contre, il leur est souvent reproché une approche trop simpliste des phénomènes qui rendrait les cotations moins fiables. (Sur et sous-cotation).

Pour beaucoup, l'approche mathématique qui consiste en l'addition indifférenciée de facteurs de risque, fragilise la valeur prédictive de l'outil. Notamment, le fait que l'évaluation se fasse hors contexte et qu'il

n'existe pas de hiérarchisation ou de coefficients attribués aux signes. Dans la BVC par exemple, le fait que la confusion cote autant que la menace physique ou l'attaque d'objet, pose souvent question. D'autant que pour cet outil, le risque est réputé exister dès la présence d'un facteur de risque.

Ainsi, chaque type d'outil présente des avantages et des inconvénients. L'enjeu réside dans la capacité à faire le choix qui répondra le mieux aux besoins du terrain.

Troisième résultat secondaire

Après avoir mis en évidence que le risque de violence est insuffisamment identifié formellement, alors que les signes précurseurs ont bien été repérés, cette étude a également mis en évidence trois facteurs de risques très majoritairement rencontrés dans les dossiers sélectionnés. Il s'agit, dans l'ordre d'importance, des antécédents de violences, du délire, des signes de tensions

En leur appliquant la logique de la grille BVC, c'est-à-dire que la simple présence d'un de ces signes marque l'existence d'un risque modéré, ils ont permis de repérer le risque de violence dans 35 des 40 dossiers sélectionnés, soit dans 87% des cas.

Ces résultats rejoignent ceux de l'audit croisé mené dans la région Auvergne Rhône-Alpes, sur le thème du moindre recours à l'isolement et à la contention. Ses conclusions rapportent un repérage des signes précurseurs de la crise d'agitation dans 93,5% des cas.

Il semblerait donc bien, que ce ne soit pas le repérage des signes précurseurs qui soit en question, mais plutôt la démarche qui conduit vers l'identification formelle du risque.

Dans ce cas, l'utilisation d'un outil structuré du repérage du risque de violence, tel que les grilles standardisées, de manière routinière améliorerait l'identification formelle du risque.

Forces et limites

Limites de l'étude observationnelle

L'une des principales limites de cette étude, commune à toutes les études rétrospectives est le fait que les données recherchées dans les dossiers n'ont pas été saisies par les soignants pour répondre à l'étude. Ainsi, tous les critères sélectionnés de l'étude passent par le filtre de l'interprétation de l'investigateur.

La subjectivité

Si le critère principal reste relativement fiable, puisqu'il consiste en la mention explicite du risque de violence, les secondaires sont, pour leur part, saisis sur le ressenti de l'investigateur.

Il en va de même pour la cotation de la grille de jugement structuré, qui est par essence subjective, puisqu'elle est le fruit d'une estimation personnelle ou d'un consensus de groupe.

Aussi, pour limiter ce biais, et notamment les différences d'interprétation d'une personne à l'autre, toutes les évaluations ont été faites par le même investigateur. Le choix s'est porté sur un infirmier diplômé d'état avec une vingtaine d'années d'expérience. Ce dernier est réputé représentatif de la population soignante de l'EPSMAL.

Utilisation inappropriée des grilles d'évaluations.

L'utilisation des grilles ne respecte pas les normes pour lesquelles elles ont été validées.

En effet leur objectif est de repérer le risque de violence aux cours d'une évaluation clinique. Ici, elles ont été utilisées pour le coter avec les signes relevés dans les transmissions ciblées.

L'utilisation qui en est faite, répond donc essentiellement, à la volonté de disposer d'outils de recensements des signes précurseurs structurés.

Les transmissions ciblées

Il a été constaté une utilisation aléatoire des transmissions ciblées. En premier lieu, les cibles ne respectent pas toujours le contenu de la transmission, d'où le choix de ne pas en tenir compte et de rechercher dans les verbatims, les éléments pour répondre aux critères de l'étude, quel que soit la cible apposée.

Il a également été constaté un manque de traçabilité. Il est possible de rencontrer des dossiers dans lesquels, on ne retrouve pas de transmissions pendant plusieurs jours. Pour l'un d'entre eux, la mise en isolement n'était pas tracée dans les transmissions.

Ce problème est bien connu des directions des soins ayant en charge des services de psychiatrie. Apparu lors du passage de l'observation aux transmissions ciblées, il s'est considérablement majoré lors du passage du dossier papier au dossier informatisé. C'est un problème majeur, qui préoccupe encore aujourd'hui aussi bien les commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) que les commissions

médicales d'établissement (CME). L'accès aux postes informatiques, l'ergonomie des logiciels, la lourdeur des serveurs et bien d'autres éléments, ont contribué à la baisse considérable de la qualité des transmissions infirmières et médicales.

Toutefois, pour le traitement de certains sujets, l'étude rétrospective reste la méthode la plus fiable. C'est notamment le cas pour les études qui explorent des interventions dont le non-respect pourrait s'apparenter à de la négligence, voire à une faute professionnelle.

Par exemple, de nombreux audits sur le respect des modalités d'administrations des traitements, basés sur le déclaratif, ont été menés par les services de qualité. Ceux-ci montrent majoritairement d'excellents résultats de conformité. Hélas les audits terrain menés à distance, font souvent apparaître une grande différence avec le déclaratif.

Le Panel

Le nombre de dossier sélectionnés peut également paraître faible au regard de l'activité. En 2019, l'EPSMAL déclarait 765 mesures d'isolement. Cette étude s'est donc intéressée à 5% d'entre eux. Il faut cependant pondérer ce chiffre de départ avec les critères d'inclusion et d'exclusion.

En revanche, l'écart observé est d'une importance telle que le panel semble malgré tout suffisant pour traiter l'hypothèse soulevée (0 repérage formalisé sur 40 dossiers).

La représentativité du panel sélectionné paraît également discutable. La répartition des modes d'hospitalisation et notamment la proportion de patients hospitalisés en soin libre semble relativement importante (22%)

De même, l'absence de patients de moins de 30 ans et la moyenne d'âge relativement élevée (autour des 40 ans) interpellent. D'autant qu'une étude portant sur la totalité des patients isolés en 2019 à l'EPSMAL, fixait l'âge moyen à 33 ans

Perspectives

Si le panel qu'a analysé cette étude est insuffisant pour pouvoir en généraliser les conclusions, elle permet malgré tout, de dresser un état des lieux objectif des prises en soins au sein de l'EPSMAL.

Elle met en évidence une faiblesse de l'identification formelle, du risque de violence, c'est à dire tracée dans les transmissions ciblées, alors même que les signes précurseurs sont identifiés dans une très grande majorité des cas.

L'évaluation routinière du risque

Comme l'ont démontrées de nombreuses études, le fait d'évaluer de manière routinière le risque de violence, suffit à diminuer considérablement ses manifestations et la durée des isolements et de la contention.

Il est donc nécessaire de ne plus nier, mais d'intégrer la violence comme un risque associé aux soins en psychiatrie, comme l'est le risque infectieux pour la chirurgie. Dès lors il devient naturel et évident d'en connaître la clinique, de la rechercher et de la tracer systématiquement.

De même, la culture de l'utilisation d'outil standardisé doit s'enraciner dans la pratique quotidienne. Ces différents apports ont déjà été évoqués et ne sont plus discutés. Comme la température pour le risque infectieux, les grilles d'évaluation standardisées doivent devenir le thermomètre du risque de violence. Cette approche a notamment fait ses preuves dans la prévention du risque suicidaire.

C'est pourquoi l'HAS préconise dans son rapport bibliographique « *mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* » d'évaluer, dès l'admission, le risque de violence par des outils standardisés, afin de permettre la mise en place de stratégie thérapeutique.

Choix de l'outil

Le choix de l'outil est une question centrale du processus d'évaluation.

Il s'agit d'une démarche complexe qui mobilise de très nombreux paramètres, parfois interdépendants. Aussi, il convient de faire un état des lieux le plus exhaustif possible des facteurs en jeu, puis de les hiérarchiser, afin de répondre au mieux, aux besoins et aux attentes de l'équipe. Il existe, d'ailleurs de nombreuses études comparatives des différents outils disponibles. (Anderson & Jenson, 2019a)

Face à la difficulté que représente la complexité du choix, il pourrait être intéressant de proposer un guide méthodologique, avec une grille d'évaluation des besoins, sur lequel les équipes de soins assiéront leurs décisions.

Toutefois, comme le préconise les recommandations du National Institute For Health And Care Excellence (NICE), l'évaluation du risque de violence ne doit pas se résumer à la cotation de grilles qui favorise plutôt des approches prédictives alors que, l'objectif, in fine, est de prévenir la manifestation de la violence.

En ce sens, quel que soit le type d'outil choisi, ce dernier ne constitue que la première, mais certes essentielle, étape d'un processus de désescalade.

La formation initiale

Ce qui frappe dans cette étude, c'est que les soignant n'identifient pas formellement les risques de violence, alors que les éléments sont majoritairement présents dans les dossiers.

Ceci trouve en partie, une explication dans la formation initiale des infirmiers. Depuis la réforme de 1993 et la création du diplôme unique, le nombre d'heure d'enseignement en psychiatrie est en chute libre. Il ne compte plus que quelques dizaines d'heures dans la version actuelle, alors que les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) passaient trois ans à se former à cette discipline. Tous les rapports (Couty, Laforcade...) et encore aujourd'hui la commission nationale de psychiatrie, attirent l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de renforcer les enseignements théoriques en psychiatrie. Ils estiment que les maquettes actuelles ne permettent plus aux nouveaux soignants d'exercer correctement leurs missions. Une spécialisation, avec la création d'une quatrième année d'étude, est régulièrement apportée aux débats, sans succès pour l'instant.

De même, l'approche des risques associés aux soins semble timide et mal intégrée, alors qu'elle occupe aujourd'hui une place importante dans l'exercice quotidien et demeure un critère de poids des processus d'évaluation de la qualité des soins.

La formation continue

Dans cette configuration, la formation continue pourrait améliorer la situation. Comme le font déjà de nombreux établissements, la création de parcours de formations dédiés aux nouveaux arrivants permet d'acquérir en très peu de temps (en moyenne dans les 2 ans) une gamme d'enseignements théoriques et pratiques, les préparant mieux aux spécificités de leur exercice.

Les Master, les diplômes universitaires sont des enseignements intéressants à promouvoir par rapport au renforcement théorique. Elles comblent non seulement les carences de la formation initiale, mais permettent également aux participants, d'acquérir et de diffuser les évolutions les plus récentes de la discipline.

Hélas le coût de ces formations (frais de scolarité et pallier l'absence de l'agent) n'incite pas les établissements à encourager ce type de démarche. L'absence de reconnaissance (dans le poste de travail et dans la rémunération) n'encourage pas non plus, les soignant à s'engager dans ces formations chronophages et énergivores.

De même, le tutorat qui est un parrainage structuré du nouvel arrivant par un professionnel plus expérimenté, permet dans beaucoup de cas, une meilleure adaptation des nouveaux professionnels. Cependant dans certains établissements, le départ massif en retraite de la génération des « baby-boomers », a engendré une arrivée

massive de nouveaux soignants avec, pour les établissements, des capacités restreintes de tuteurs pour les accompagner dans la prise de fonction.

De même que le dédoublement, c'est-à-dire le renfort systématique du nouvel arrivant par un pair, pendant un certain temps, est devenu exceptionnel.

Cet état de fait invite les directions des soins à être inventives. C'est ainsi qu'à mi-chemin entre le tutorat et la formation continue, se développe des équipes de formateurs internes. Un groupe de soignants expérimentés construit, dispense et accompagne la mise en œuvre, d'un programme de formation sur un thème donné.

L'EPSMAL s'est par exemple doté d'une équipe de formateur interne en entretien infirmier. Ce soin de base, indispensable à tout soignant exerçant en psychiatrie, est dispensé pendant une session de cours théorique, puis accompagné dans sa mise en pratique, lors de rendez-vous sur le terrain. Le même dispositif pourrait être envisagé pour la politique de moindre recours à l'isolement.

Ainsi, la formation du personnel soignant est un élément central de la politique de moindre recours à l'isolement et à la contention qui ne se limite pas au repérage. De nombreux travaux trouvent dans le manque de connaissance clinique et théorique en psychiatrie et en santé mentale des soignants, une part importante de l'explication de la montée du nombre de recours à l'isolement et à la contention. Les infirmiers étant au cœur du processus, c'est sur eux que repose une grande part du moindre recours. C'est donc vers eux qu'il faut prioriser les actions.

Cependant, les pouvoirs publics n'ayant pas prévus, pour l'instant de modifier les maquettes d'enseignements, il appartient au terrain de trouver les palliatifs.

Il existe par exemple, des formations spécifiques à la gestion de la violence. Celles-ci peuvent, en très peu de temps (5 jours), donner aux soignants des outils et méthodes de gestions pragmatiques de la violence.

L'EPSMAL a fait le choix, il y a quelques années de la formation OMEGA, mais du fait de sa structuration, il est difficile d'évaluer l'apport de cet outil. Il serait pourtant intéressant de mesurer l'impact de cette formation sur le recours à l'isolement et à la contention.

De plus, ce morcellement des enseignements (violence, risque suicidaire...) ne favorise pas la compréhension globale de la psychopathologie.

Les transmissions ciblées

Les transmissions ciblées sont souvent utilisées de manière anarchiques. Les soignants mettent souvent des problèmes d'ergonomie du logiciel.

Il existe, en effet, peu d'établissement satisfait de leur système d'information et de leur logiciel de dossier patient. Les ergonomies et les disponibilités des outils poussent les soignants à développer des stratégies de contournement qui impactent la qualité des transmissions. Ceci pourrait en partie expliquer que, bien que présent dans le dossier, les éléments descriptifs du risque de violence n'intègrent pas le processus d'évaluation clinique conduisant à son repérage.

Le regroupement en groupement hospitalier de territoire et l'obligation de convergence des systèmes d'information pourrait à terme permettre l'enrichissement des données prise en compte pour la rédaction des cahiers des charges et améliorer le poids des établissements dans les négociations avec les développeurs.

En revanche, la consultation des utilisateurs est essentielle pour le choix des logiciels.

Bien trop souvent, les négociations se font entre les directions des achats, du service informatique et celle des soins. Or, seuls les utilisateurs du quotidien sont capables de cerner les avantages et les limites des outils. C'est pourquoi, il paraît judicieux d'associer les soignants à la rédaction des cahiers des charges, aux tests, au choix et au suivi de l'outil.

Certains établissements ont fait le choix de constituer des équipes de référents dossier de soins. Réunis régulièrement en fonction d'un calendrier prédéfini, ils font le lien entre les besoins des professionnels de terrain et les services supports.

Un représentant de ce groupe de travail est associé à toutes les décisions concernant l'évolution du dossier de soin.

Cette organisation offre le double avantage de faciliter le travail des décideurs en pouvant s'appuyer sur un recensement plus fiable des besoins des utilisateurs, mais aussi de permettre au soignant de sentir plus impliqué dans le choix de leurs outils de travail.

Le fait que ces derniers ne soient plus imposés de façon dictatoriale facilite leur appropriation sur le terrain.

L'implémentation

Il est en effet, tout à fait naturel que les injections suscitent le rejet. C'est pourquoi l'implémentation de l'outil est une phase cruciale et requiert un minimum de stratégie.

Nombreux sont les chercheurs qui se sont penchés sur les notions de changements et d'organisations de travail. Les sociologues Michel Crozier et Erhard Friedberg dans « *l'acteur et le système* » décrivent le phénomène selon lequel les personnes qui se voient imposer des changements dans leurs organisations de travail, chercheront à mettre en place des organisations résistantes. Selon eux, le changement ne se décrète pas, il s'accompagne.

Il existe de nombreux facteurs favorisant ou freinant l'implémentation. La compréhension de l'intérêt du changement, l'association au choix, la formation à l'utilisation, l'accompagnement à la mise en pratique ou l'évaluation, sont autant d'invariant à intégrer au processus d'implémentation.

En ce qui concerne l'implémentation des grilles d'évaluations, les expériences rapportent que l'accessibilité de l'outil dans le dossier est un point fondamental à ne pas négliger. Les facilités d'accès concernent aussi bien la saisie que la consultation des grilles.

La stratégie d'implémentation ne s'improvise pas. Elle requiert une connaissance du terrain et des différentes composantes qui influent sur le changement (dynamique d'équipe, les motivations, les points forts...). Elle doit être réfléchie bien en amont du déploiement, voire dès la décision de changement.

La recherche

L'objectif de cette étude n'est pas de comparer les capacités des grilles à identifier le risque de violence, mais de vérifier si le repérage précoce de ce risque, dans les 48 heures précédant l'isolement, avait bien lieu.

Cependant, elle a mis en évidence l'existence de 3 facteurs de risque, très largement retrouvés dans les manifestations de violence. Il semblerait donc pertinent de continuer à affiner les outils d'évaluations avec de nouvelles études répondant aux standards de validation.

Il convient également de garder à l'esprit que le repérage du risque de violence n'est pas l'objectif final de la démarche. Il constitue la première étape d'un processus gradué dont l'isolement incarne le dernier recours.

En effet, comme son nom l'indique, le but des politiques de moindre recours à l'isolement et à la contention, est de prendre en charge les signes précurseurs de la crise d'agitation, afin d'en juguler l'évolution et d'éviter ainsi, que la mise en isolement soit la seule issue envisageable.

Dans cette optique, il apparaît donc clairement que, bien que nécessaire, cette étape de repérage doit être suivie d'effets pour éviter l'escalade de la violence.

Dès lors, il apparaît pertinent d'élaborer un guide à destination des équipes de soins. Celui-ci proposerait un bref apport théorique sur les principaux concepts à mobiliser dans le cadre de la prévention de la violence, une grille d'évaluation validée et les actions adéquates à mettre en place, en fonction du niveau de risque.

Ce type d'outil a déjà fait ses preuves, notamment dans la prévention du suicide. C'est le cas des équipes du Centre Hospitalier Régionale Universitaire de Lille (CHRU) qui ont mis en place ce type d'outil pour la gestion du risque suicidaire. Construit dans une philosophie inter, voire transprofessionnelle, il permet à chaque acteur du soin de prendre une place et une responsabilité dans le processus de prévention.

La pratique avancée

La pratique avancée a été importée en France pour répondre à la problématique de la démographie médicale. En créant un niveau d'intervention supplémentaire dans le parcours de soins, à mi-chemin entre le médecin et l'infirmière socle, elle apporte une expertise qui permet au médecin de se concentrer sur les situations où sa science apporte une réelle plus-value.

En ce qui concerne la psychiatrie, la volonté est également de répondre partiellement aux demandes des différents acteurs de la discipline, de création d'une spécialité en psychiatrie et en santé mentale.

Pourtant, contrairement à l'image qui en est véhiculée, l'infirmier de pratique avancée (IPA) n'est ni un mini médecin, ni un super infirmier. La vision simpliste qui est véhiculée est celle de « l'infirmière qui fait des prescriptions ».

Aux cours de ces deux années de formation, la santé publique, la coordination, la gestion de situations complexes, l'éthique, la sociologie, l'analyse de pratique, la qualité ou la recherche sont autant d'enseignement qui viennent construire l'identité de pratique et non de spécialiste ou de cadre.

Ces nouvelles compétences peuvent jouer un rôle important dans la politique de prévention du risque suicidaire

Le leadership clinique

Ce rôle est l'un des plus souvent attendu sur le terrain. Il combine à la fois, les compétences cliniques renforcée et celles de moteur de la dynamique d'équipe. L'objectif est d'emmener dans son sillage, l'équipe vers une meilleure qualité de soins.

Cette capacité d'influencer et de fédérer l'équipe, est construite essentiellement sur ses compétences cliniques et de management

Cette compétence devrait améliorer la prévention du risque de violence notamment par l'analyse clinique des situations. En effet cette étude met en évidence un manque d'identification de repérage clinique alors que les éléments permettant d'identifier le risque sont souvent présents dans les transmissions ciblées.

L'IPA, favorisera la réflexion clinique en synthétisant les informations journalières afin de conduire vers des hypothèses diagnostics et des propositions d'actions.

Ce rôle de leadership aura également un rôle important dans l'implémentation. L'IPA en mettant en pratique et en présentant les résultats de la littérature, démontrera l'intérêt des nouveaux et en facilitera l'acceptation.

La formation

Une part importante de la formation dispensée par les IPA est plutôt de type informel. C'est au contact de ses collègues soignants, dans la pratique quotidienne qu'il diffuse ses savoirs de manière pragmatique.

Cette pratique permet de rendre la transmission des savoirs plus digeste et plus simple à appréhender. Elle est également mieux acceptée par les établissements car elle ne représente pas de surcoût en ne nécessitant pas de temps spécifiquement dédié.

L'IPA peut également prendre part à des formations plus traditionnelles. Il construit et diffuse des enseignements sur un thème donné.

L'évaluation des pratiques professionnelles.

L'évaluation des pratiques professionnelles, est un outil performant qui peut apporter une contribution intéressante à la politique de moindre recours.

Elle invite l'ensemble de l'équipe à une réflexion interdisciplinaire, basée sur les expériences et les bonnes pratiques, dans le but d'améliorer la qualité des soins.

L'IPA propose et anime ces groupes de travail. Il se charge de l'organisation et veille au calendrier et à la rédaction des comptes rendus.

Enfin, il motive les soignants à y participer et accompagne la mise en pratique des orientations choisies.

La recherche

L'IPA accompagnera le développement de travaux de recherche et la mise en pratique de résultat de travaux de recherche.

Les services de soins grouillent de savoir-faire développés par les soignants pour prévenir le risque de violence. Hélas, les infirmiers n'ont pas la culture de l'écrit et la diffusion de ces savoirs reste locale.

Aussi, l'IPA en favorisant le développement de la recherche, permettra de valider scientifiquement l'apport de ces savoirs et permettra la diffusion au plus grand nombre.

Ceci présente le double avantage d'améliorer la connaissance et de valoriser le travail des soignants.

Enfin, L'IPA facilitera l'implantation de pratiques dernièrement validées et invitera petit à petit, les soignants à rechercher dans la littérature les moyens d'améliorer leur pratique.

Conclusion

Cette étude a pour objectif de mesurer le repérage du risque de violence dans les 48 heures précédant la mise en isolement.

Elle démontre qu'il reste très insuffisamment explicitement identifié, alors que les prodromes sont majoritairement présents dans les dossiers.

Cependant, la recherche systématique et structurée, semble permettre une meilleure identification du risque.

Elle confirme en ce sens, le ressenti de terrain et d'une grande majorité de la littérature.

Aussi, bien que l'utilisation qui en est faite ici, ne soit pas conforme à l'usage pour lequel elles ont été validées, ce travail rejoint les conclusions de la littérature sur le fait que l'évaluation routinière, par des grilles standardisées, améliore le repérage du risque de violence.

De plus, la mise en évidence de facteurs de risques très largement présents dans les manifestations de violence analysés dans ce travail, poussent à continuer la recherche et à persister dans l'amélioration des échelles d'évaluations et de la prévention en générale.

De même, la structuration et la validation d'un guide de gestion de la violence, comportant une grille d'évaluations et des propositions d'actions en fonction de la cotation du risque, améliorerait et organiserait tout le processus de prévention.

En effet, le repérage du risque n'est pas une finalité en soi. Il s'inscrit plus largement, dans la démarche du moindre recours à l'isolement et à la contention. Conformément à la loi de 2016 et aux recommandations de bonnes pratiques de l'HAS, le repérage constitue la première étape d'un processus gradué dont l'isolement incarne le dernier recours.

En contournant les discours manichéens, cette approche replace la prise en soin dans une démarche clinique de juste recours par l'appréciation de la balance bénéfique / risque et d'une réflexion plus éthique de la meilleure solution à prendre dans un contexte donné.

Références bibliographiques

- académie française. (s. d.). *Crise | Académie française*. académie française. Consulté 15 janvier 2022, à l'adresse <https://www.academie-francaise.fr/crise>
- Anderson, K. K., & Jenson, C. E. (2019). Violence risk–assessment screening tools for acute care mental health settings : Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.012>
- Article 72—LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—Légifrance. (2011, janvier 26). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312
- BAUMANN, S. B.-A. (1996). *Violence—Définition*. Dictionnaire Juridique. <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/violence.php>
- DICOSEMIOPSY. (2014, janvier 19). <http://www.asso-aesp.fr/semiologie/outils-pratiques/dicosemiopsy/>
- HAS. (2006, août 31). *Prévention*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
- HAS. (2007, mai 31). *Expertise psychiatrique pénale*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_546807/fr/expertise-psychiatrique-penale
- HAS. (2011, mars 1). *Dangerosité 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*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-l-humeur
- HAS. (2012, février 13). *Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm-un-outil-pour-structurer-l-analyse-des-causes
- HAS. (2016). *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie
- HAS. (2017, mars 20). *Isolement et contention en psychiatrie générale*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale

- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(1), 25-32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Les 3 niveaux de prévention selon l'OMS. (s. d.). Consulté 16 janvier 2022, à l'adresse <https://www.celester.org/guide-methodologique-1/definitions/les-3-niveaux-de-prevention-selon-loms>
- LOI n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (1), 2008-174 (2008).
- Millaud, F., & Dubreucq, J.-L. (2012). Les outils d'évaluation du risque de violence : Avantages et limites. *L'information psychiatrique*, 88(6), 431-437.
- NICE. (2015). *NICE guideline : Violence and aggression : Short-term management in mental health, health and community settings*.
- OMS. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, OMS. Consultable sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf Référéncé dans le rapport *Painful lessons*.
- Ordioni, N. (2011). The concept of Crisis : An obsolet paradigm? A Gendered approach. *Mondes en developpement*, 154(2), 137-150.
- Oxfoz. (2016, mai 25). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. *Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*. <https://www.cgpl.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale/>
- Raoult, P.-A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, 481(1), 7-16.
- Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence—SFMU. (2002, janvier). https://www.sfm.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfmu/l-agitation-en-urgence-petit-enfant-excepte/con_id/120
- ROHR, L., & LANQUETIN, J. P. (2020, septembre). *Rapport d'Audits Croisés Régionales ARA*. <https://www.rrspsy.fr/rsi/index.php/actus/80-actus/300-rapport-d-audits-croises-regionales-ara>
- Sarkozy, Nicolas. (2010). Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. *Journal francais de psychiatrie*, 38(3), 25-27.

violence—Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). Consulté 7 juin 2022, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/violence>

Zoupanos Bujarrd.N; Bryois.C. (2005, juillet 13). *Traitement de l'agitation aux urgences somatiques*. Revue Medicale Suisse. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-27/traitement-de-l-agitation-aux-urgences-somatiques>

AUTEUR(E) : Nom : BIHYA

Prénom : Homar

Date de soutenance : 30 juin 2022

Titre du mémoire : Repérage précoce de la crise d'agitation dans les unités de psychiatrie adulte de l'EPSMAL

Mots-clés libres : Agitation ; violence ; repérage ; évaluation ; Isolement

Résumé : En psychiatrie, l'isolement et la contention sont des pratiques courantes, très controversées. Depuis 2016, les gouvernements successifs tentent de les contrôler par des lois de plus en plus contraignantes pour les professionnelles.

Pourtant, la manifestation de la violence, qui est l'unique indication retenue pour cette pratique, est une manifestation clinique de la maladie appelant une prise en soin adaptée.

Or, il semblerait que les prodromes de ces crises ne soient pas identifiés par les soignants, ce qui empêcherait la mise en place d'une démarche de prévention graduée, dont l'isolement incarne le dernier recours.

Aussi, cette étude observationnelle rétrospective a analysé les transmissions ciblées de 40 dossiers de patients isolés en 2019, au sein des unités de psychiatrie adulte de l'EPSMAL, à la recherche de l'identification formelle du risque.

Il en ressort que le risque n'est jamais explicitement mentionné, mais qu'il est perçu à la lecture dans 22% des cas et que des signes précurseurs sont présents dans 87% des cas.

Il semblerait donc que ce soit le processus d'identification formel du risque de violence, à partir des prodromes repérés, qui fragilise la démarche de prévention

Ces résultats laissent à penser que l'utilisation d'outils structurés du repérage du risque pourrait améliorer le repérage du risque et réduire ainsi le recours à l'isolement.

Abstract : In psychiatry, seclusion and restraint are common, highly controversial practices. Since 2016, successive governments have tried to control it with laws that are increasingly restrictive for professionals.

However, the manifestation of violence, which is the only indication retained for this practice, is a clinical manifestation of the disease, calling for an adapted care.

However, it would seem that the prodromes of these crises are not identified by the caregivers, which would prevent the implementation of a graduated prevention approach, of which seclusion is the last resort.

Therefore, this retrospective observational study analyzed the targeted transmissions of 40 files of patients secluded in 2019, within the adult psychiatry units of the EPSMAL, in search of the formal identification of the risk.

The results show that the risk is never explicitly mentioned, but that it is perceived upon reading in 22% of cases and that warning signs are present in 87% of cases.

It would therefore seem that it is the process of formally identifying the risk of violence, on the basis of the prodromes identified, which weakens the prevention approach.

These results suggest that the use of structured risk identification tools could improve the identification of risk and thus reduce the use of seclusion.

Directeur de mémoire : Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKI

