

Prévenir les comportements agressifs de la clientèle : une approche intégrée



Danielle Corbeil
Directrice adjointe
en soins infirmiers
CSSS Champlain-
Charles-Le Moyne



Louise Beauvais
Conseillère cadre
en soins infirmiers
Programme de santé
mentale
Centre hospitalier
de St. Mary



Marc Pineault
Coordonnateur -
Qualité et gestion
des risques
Centre hospitalier
de St. Mary



David Bérubé
Infirmier-chef de
l'unité de soins
en santé mentale
Centre hospitalier
de St. Mary

Le Centre hospitalier de St. Mary s'est doté d'un comité de prévention et gestion de violence spécifique au programme de santé mentale. Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins et à développer une approche professionnelle concertée en regard des comportements de violence.

Le comité établissement de prévention de la violence au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) est en place depuis 1995. Malgré cette longévité, les cas de comportement agressif de la clientèle du programme de santé mentale, en raison des implications cliniques, étaient difficilement traitables, car le comité ne possédait pas toute l'expertise clinique nécessaire pour ces cas.

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

Depuis les changements apportés par le *Plan d'action en santé mentale* du MSSS¹, nous suivons systématiquement certains indicateurs :

- > volume de patients total et par diagnostic à l'urgence psychiatrique, à l'unité d'admission et en cliniques externes ;
- > autres indicateurs de risque : patients du tribunal administratif, traitements et placements autorisés, gardes en établissement, interventions de l'équipe de code blanc, contentions physiques et salle d'isolement.

Nous avons observé une augmentation du nombre d'incidents nécessitant une intervention de l'équipe de code blanc reliée aux comportements agressifs.

Ces indicateurs ont démontré une concordance avec les constats identifiés par les professionnels, soit des augmentations à plusieurs niveaux : cas complexes et graves, problèmes de santé mentale associés à la toxicomanie et à la violence, difficultés sociales et cliniques, recours au tribunal administratif ou aux gardes en établissement, certains suivis et placements obligatoires et autorisés et, finalement, manque d'adhésion à la médication ou aux autres traitements.

L'analyse de ces indicateurs démontre bien l'impact ressenti sur le programme de santé mentale. Le manque de ressources d'hébergement spécialisées pour une clientèle ayant des problèmes de santé mentale graves, incluant un potentiel de violence, a contribué à la hausse du volume d'activités et de la durée de séjour. Cette hausse a eu comme effet d'augmenter les comportements perturbateurs et violents chez la clientèle. Depuis les dernières années, nous avons observé une augmentation du nombre d'incidents nécessitant une intervention de l'équipe de code blanc reliée aux comportements agressifs.

Nos statistiques pour l'année 2010-2011 font état d'une augmentation des visites à l'urgence et des hospitalisations pour des cas de psychose toxique induite par l'abus de substances, un facteur déclencheur de violence de plus en plus reconnu en psychiatrie². De plus, nous observons une augmentation des jours d'hospitalisation pour des patients sous ordonnance du tribunal administratif et des patients nécessitant une ordonnance de garde en établissement. Cette clientèle, que le milieu encadre davantage, est plus souvent qu'autrement impliquée dans des situations de violence³.

UN COMITÉ SPÉCIFIQUE EN SANTÉ MENTALE

C'est dans ce contexte qu'un comité interdisciplinaire de prévention et de gestion des comportements de violence a été mis en place en avril 2009 par le programme de santé mentale. Son mandat principal consiste à implanter les stratégies requises pour des soins sécuritaires et de qualité dans ce programme.

Le gestionnaire de la qualité de l'établissement participe à ce comité. D'autres intervenants sont invités au besoin pour l'analyse de cas complexes nécessitant une expertise spécialisée, notamment un conseiller de l'ASSTSAS. Le comité procède à l'analyse de situations de violence afin de mettre en place différentes stratégies préventives (**encadré 1**).

VIRAGE VERS UNE CULTURE DE SÉCURITÉ ET DE QUALITÉ DES SOINS

Les diverses stratégies organisationnelles, structurales et professionnelles mises de l'avant ont permis de développer une culture de sécurité chez le personnel. Nous envisageons aussi d'étendre l'offre de formation Oméga à l'ensemble de l'établissement. De plus, les infirmières de l'unité de psychiatrie ont assisté à des conférences sur la problématique de la violence et partagé leurs connaissances avec des collègues

1. Stratégies préventives mises en place par le comité

STRATÉGIES ORGANISATIONNELLES :

- réviser le fonctionnement d'équipe ;
- former le personnel en santé mentale avec l'approche Oméga⁴ de l'ASSTSAS.

STRATÉGIES STRUCTURALES :

- évaluer et mettre en place des ressources humaines, matérielles et financières pour améliorer l'environnement de travail ;
- orienter le personnel ;
- aménager une salle d'isolement.

STRATÉGIES PROFESSIONNELLES :

- standardiser les outils d'évaluation des comportements de violence selon l'approche Oméga afin d'utiliser un langage commun ;
- s'assurer que la grille de surveillance est remplie pour les patients concernés ;
- s'assurer que le tableau d'évaluation du potentiel de violence (Oméga) est utilisé ;
- évaluer les situations cliniques de violence et apporter les recommandations ;
- rencontrer le personnel et les patients de façon hebdomadaire pour partager l'information sur les mesures de sécurité et les situations à risque ;
- informer le personnel de la politique et de la procédure concernant la violence et le harcèlement en milieu de travail.

Les diverses stratégies organisationnelles, structurales et professionnelles mises de l'avant ont permis de développer une culture de sécurité chez le personnel.

d'autres établissements. Le personnel intervient désormais plus rapidement pour désamorcer l'escalade de violence en utilisant les diverses techniques de pacification apprises lors de la formation Oméga (**encadré 2**).

Le risque de violence est dépisté lors de l'évaluation initiale par les infirmières. Celles-ci communiquent le résultat à l'aide des outils en place, soit le plan thérapeutique infirmier ou le tableau Oméga. Les infirmières s'assurent de mettre à jour l'information quotidiennement, ce qui permet aux intervenants de l'équipe interdisciplinaire d'avoir une connaissance rapide du profil de violence des patients. Ils peuvent ainsi intégrer une approche préventive lors de leurs interactions avec les patients.

2. Extrait de la formation Oméga de l'ASSTSAS

C - GRILLE DU POTENTIEL DE DANGEROUSITÉ

BUTS : > mesurer le degré de dangerosité manifesté par le client
> guider dans le choix de l'intervention appropriée
> avoir un langage commun entre les intervenants

		Description
RELATION INTERPERSONNELLE	INCIDENTS AVEC CONFRONTATION	8 Menace exceptionnelle Prise d'otage*. Menace avec une arme.
		7 Assaut grave Gestes pouvant estropier ou être mortels.
		6 Agression physique Contacts physiques humiliants ou douloureux (bouscule, gifle, pince, griffe, etc.).
		5 Résistance active Opposition dirigée contre le geste et non contre la personne.
		4 Intimidation psychologique Attitudes de dominant (gestes, paroles, menaces).
	INCIDENTS SANS CONFRONTATION	D Destructeur Lance ou brise des objets.
		3 Réfractaire Non, non, non, sourde oreille, ignore la demande.
		2 Collaboration conditionnelle Oui, mais...
		1 Tension émotive Anxiété, pleurs, retrait...

En plus des mesures de pacification, d'autres stratégies professionnelles permettent aussi d'éviter le recours à la salle d'isolement ou à l'application des contentions. L'évaluation de la condition physique et mentale peut mettre en évidence la nécessité de donner la médication prescrite au besoin ou de demander un ajustement si le patient ne répond pas au traitement.

L'équipe interdisciplinaire peut également communiquer ses observations de comportements précurseurs de violence, ce qui permet de mettre en place un plan d'action plus précoce de gestion de la violence. Également, les approches utilisées lors des rencontres individuelles et de groupes permettent d'aider le patient à canaliser son énergie. Des activités comme la relaxation, la gestion du stress et les exercices physiques sont aussi des moyens pour réduire les comportements perturbateurs.

Au CHSM, le recours à des agences privées pour la surveillance des patients a diminué (**encadré 3**). Cette diminution nous permet de constater également que la clientèle a bénéficié de soins de plus grande qualité de la part du personnel.

Le développement de bonnes pratiques concernant la prévention et la gestion des comportements de violence se poursuit. Ainsi, un projet de recherche, subventionné par le Centre de recherche du CHSM et dirigé par Amélie Perron de l'Université d'Ottawa, vise à évaluer les perceptions des patients et du personnel infirmier en matière de sécurité et de dangerosité dans l'unité de soins⁵. En même temps, le comité de prévention et gestion des comportements de violence va poursuivre ses rencontres et solliciter une participation active de l'équipe interdisciplinaire et de tous les partenaires de soins impliqués.

LA SÉCURITÉ, MALGRÉ TOUT !

Les comportements agressifs représentent un risque pour la sécurité des employés ainsi que des patients. L'établissement a la responsabilité d'assurer un milieu thérapeutique sécuritaire et de qualité pour ses patients et un environnement sécuritaire pour ses employés.

L'établissement a la responsabilité d'assurer un milieu thérapeutique sécuritaire et de qualité pour ses patients et un environnement sécuritaire pour ses employés.

Pour évoluer dans un milieu sécuritaire, malgré les comportements perturbateurs de la clientèle, une approche participative à plusieurs niveaux est essentielle. Celle-ci doit intégrer la formation sur la sécurité, la formation spécialisée sur la toxicomanie, la relation d'aide, l'approche proactive dans la prévention et la gestion des situations de violence, la collaboration dans l'équipe interdisciplinaire, les mécanismes de soutien pour les employés et, spécialement, le suivi des cas cliniques à haut risque de violence.

Le comité de prévention et gestion de violence a permis d'assurer une approche participative afin de se concerter autour de la problématique de violence de la clientèle. Il est un élément unificateur pour trouver les meilleures stratégies en vue d'améliorer la gestion des risques et la qualité des soins. ●

RÉFÉRENCES

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, MSSS, 2005.
2. MONAHAN, J., et al. *Rethinking Risk Assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*, Oxford University Press, New York, 2001.
3. QUANBECK, DC, et al. *Categorization of Aggressive Acts Committed by Chronically Assaultive State Hospital Patients*. *Psychiatric Services*, 2007, 58 (4), p. 521-528.
4. ASSTSAS. *Omega Training, Participant's Workbook*, 1998, éd. révisée 2003 (www.asstsas.qc.ca).
5. PERRON, A., et al. *Identification et gestion de la violence dans une unité psychiatrique mixte : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité*, Projet de recherche subventionné par C.A.R.E., en cours, 2011.

Intervention Anticiper / Observer / Jauger

Gagner du temps, négocier, sécuriser le secteur, limiter l'espace, équipe tactique, 911 ou code local.

Gestes posés pour stopper l'action avec la force jugée nécessaire.

Gestion physique de crise, techniques de dégagement et/ou de contrôle.

Restriction gestuelle progressive, dégagement.

Désamorcer, réévaluer, refocalisation, repli stratégique.

Priorité de protection des personnes, limiter la source d'approvisionnement.

Consignes claires, rappels et application des conséquences.

Évaluer l'argumentation, favoriser l'entente mutuelle.

Écouter, rassurer.

PACIFICATION

3. Heures travaillées par le personnel d'agence (préposés à la clientèle et agents de sécurité)

2007-2008
10 634 h

2008-2009
5 540 h

2009-2010
4 288 h

2010-2011
3 139 h