

« Violence :  
entre recherche et clinique »

« Comment gérer l'insoutenable ? »

« Mission d'évaluation au Rwanda :  
Comment garder son humilité ? »

## Sommaire:

- Préambule *Le comité de L'Écrit*
- Violence : Entre recherche et clinique
  - Editorial :  
« Parole contre Violence », *Reymond Panchaud, Directeur des Soins, Fondation de Nantes.*
  - « Violence en psychiatrie : Une recherche prospective au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) interrogée à la lumière du modèle cindynique », *Jean-Michel Kaison, Directeur de soins ; Didier Camus, Infirmier Spécialiste Clinique, Assistant de recherche ; Yves Cossy, Infirmier Chef d'Unité de Soins.*
- « Comment gérer l'insoutenable ? », *Yves Dorogi, Infirmier Spécialiste Clinique.*
- « Mission d'évaluation au Rwanda : Comment garder son humilité ? », *Marine Grossenbacher, Infirmière.*
- Information

## Information :

Nous avons le grand plaisir d'annoncer la sortie du nouveau livre de Jérôme Pedroletti, Infirmier Spécialiste Clinique, intitulé :

« La formation des infirmiers en psychiatrie,  
Histoire de l'école cantonale vaudoise  
d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie,  
1961-1996 »

Georg éditeur, Genève, juin 2004.

Il devrait être disponible au prix de 36 fs dans toutes les bonnes librairies !

## Préambule

L'Écrit No 52 marque un tournant dans son évolution. Il représente en effet un changement au sein du comité de L'Écrit et du Mercredi Infirmier : Danielle Romanens, Annette Cossy, Agnès Maire et Yves Dorogi forment ainsi une nouvelle équipe.

De cette dynamique aux teintes différentes s'est dessinée une certaine conception des Mercredis infirmiers, souhaitant que ceux-ci soient surtout des lieux de rencontre, de discussions au sujet de la clinique des soins. Dans cette perspective, les Mercredis infirmiers et la parution de L'Écrit auront dorénavant lieu quatre fois l'an.

Comme à son habitude une grande partie de ce numéro fait suite à un Mercredi Infirmier, où le thème de la violence a pu être débattu au travers d'une recherche.

Bonne lecture !

Le comité

## Editorial

Raymond Panchaud, directeur des soins, Fondation de Nant.

## Parole contre violence

Parole de soignants

Parole de patients

Parole d'équipe pluridisciplinaire

Parole d'institution.

La violence enferme sa victime dans sa honte, son impuissance ou sa culpabilité. Proposer un espace de parole est une manière de casser cette spirale dont le bénéficiaire ira aussi à l'agresseur. Il est difficile d'aborder ce sujet, tant il peut susciter les passions, réveiller sa propre violence et peser sur les fragilités. A n'en pas parler, on procède du déni - combien de temps avons-nous mis pour ouvrir publiquement cette question ? - à en trop parler, on banalise, autre forme de déni. Il lui faut donc un cadre, un espace protégé et officiel.

La violence est un agir qui parle sans mot. Trouver du sens ( par ex. pourquoi ce comportement maintenant ?) et aider le patient à dire plutôt qu'agir est un objectif réalisable et thérapeutique. Pour ce faire, la violence doit être contenue. "Contenir la violence est un acte noble et profondément psychothérapeutique." (A. Badiche)

La violence peut trouver un contenant dans un projet de soins. Mais préalablement, il faut s'occuper de ce qu'elle suscite, nous en avons tous fait l'expérience : pression phénoménale, avis passionnés et inconciliables, divergences sans cesse remises au goût du jour etc. Un consensus d'équipe pluridisciplinaire autour d'un projet thérapeutique est indispensable. Le faire vivre (ou survivre) est une tâche quotidienne pour enrayer les inévitables clivages et autres attaques à la cohérence du programme de soins. Parce que la violence pèse sur la vulnérabilité individuelle et groupale, un travail spécifique en soins indirects, coordinations et supervisions, est une garantie pour ces situations complexes où le soignant est fortement mis à contribution : "Contenir, c'est d'abord se contenir" (J. Hochmann)

La violence interroge l'institution sur les moyens qu'elle met à disposition pour soigner ces situations explosives. Les moyens sont plus à considérer en terme de projet institutionnel : quelle réflexion, quel cadre de référence, quelle traduction clinique, quelle formation, quelle valorisation de ce soin hautement exigeant ? Soigner la violence est le soin le plus difficile parce que le plus impliquant, rappelle D. Friard. Et on ne peut soigner sans sécurité.

Rappelons que toute forme de violence n'est pas bonne à soigner, notamment la violence perverse ou antisociale qu'il est à renvoyer sur la scène de la justice. Mais rappelons surtout que la meilleure manière de gérer et soigner la violence est de la prévenir.

---

# Violence en psychiatrie : Une recherche prospective au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) interrogée à la lumière du modèle cindynique

Jean-Michel Kaison, Directeur des soins  
Didier Camus, infirmier spécialiste clinique, assistant de recherche  
Yves Cossy, infirmier chef d'unité de soins

Avec la collaboration de Jacques Spagnoli, statisticien

Département de Psychiatrie  
CHUV – Lausanne – Suisse

---

## Abstract :

Le management des risques dans les institutions psychiatriques représente aujourd'hui un challenge majeur pour les cliniciens, les administrateurs et les décideurs politiques. Il pose la question de la formation des équipes au management de la violence et de l'évaluation des patients dans la clinique quotidienne.

Cet article fait le lien entre une étude, menée sur un an dans une institution psychiatrique et un modèle de management des risques, le modèle cindynique. Les résultats doivent interroger sur les représentations du phénomène de violence par les différents acteurs, l'appropriation par les équipes d'outils d'évaluation de la dangerosité et sur la communication dans l'équipe pluridisciplinaire et avec le patient.

**Mots-clés :** Psychiatrie – Violence – Recherche – Modèle cindynique

---

## Introduction

La violence dans les soins est un problème majeur qui concerne aussi bien les cliniciens que les décideurs politiques. Signalée comme étant en augmentation dans la société en général et dans tous les lieux de travail (Di Martino 2003, Costargent 2001), elle touche tous les secteurs d'activités et apparaît sous différentes formes, qu'il s'agisse de harcèlement, de brimades, d'insultes, de menaces ou bien encore d'attaques physiques (Jackson, 2002). Dans le domaine de la santé, la violence concernerait particulièrement les services d'urgence et de psychiatrie (Taylor 2000) même si on la retrouve dans toutes les spécialités comme la médecine, la chirurgie et l'orthopédie (O'Connell 2000).

Parmi les professionnels de la santé, il est désormais reconnu que les membres du corps infirmier sont les plus à risque d'être confrontés à un phénomène de violence, et ce quelque soit le pays. Les études conduites aux Etats Unis, au Canada, en Suède, en Grande Bretagne ou en Australie le confirment (Fisher 1995, Whittington R.1996, Cooper 2002, Rippon 2000, Jackson D. 2002, Crabbe 2002).

L'impact de la violence dans les soins est grand. Elle agit sur la santé physique et psychique des équipes de professionnels de la santé (Cooper 2002, Paterson 1999).

Ainsi, outre les séquelles physiques liées à l'agression, divers auteurs évoquent les effets psychologiques de l'agression comme l'état de stress post-traumatique (Rippon 2000), l'anxiété et une baisse de la performance au travail (Robbins 1997, Cooper 2002), des troubles du sommeil et de l'alimentation, de l'irritabilité, de la colère, de la peur, voire une dépression (Cooper 2002). Une exposition répétée à ce stress peut être à l'origine d'un épuisement professionnel (Crabbe 2002).

Si l'impact psychologique est différent selon les individus et leurs caractéristiques personnelles, il n'en demeure pas moins important et peut avoir des effets à long terme. Il a un coût financier en terme de journées de travail perdues, de baisse de productivité et de motivation, de turn over plus grand (Cooper 2002, Rippon 2000, Paterson 1999).

Ces facteurs, pris individuellement ou conjugués ensemble, agissent directement sur la qualité des soins prodigués à travers des réponses émotionnelles comme la colère, le déni, etc....(Paterson, 1999)

La prise de conscience de l'ampleur du phénomène s'est traduite depuis une décennie par une augmentation des initiatives juridiques nationales visant à mieux prévenir la violence au travail et mieux protéger les employés (Di Martino 2003). Dans le domaine de la santé, des initiatives et recommandations ont été développées pour améliorer la reconnaissance, la prévention et le management de la violence dans les institutions de soins. Au Royaume Uni, dont la violence dans le système de santé est qualifiée d'« endémique » (UKCC, 2002), le gouvernement est intervenu en développant une politique « tolérance zéro » envers les actes de violence des patients, politique qui n'est pas sans questionner les cliniciens dont les modèles thérapeutiques inclineraient vers une « tolérance variable » (Whittington 2002)

## Le contexte de la psychiatrie

La relation entre violence et maladie mentale a été un sujet de débat qui a traversé l'histoire de la psychiatrie. En dépit des controverses, ce lien reste interrogé dans la pratique de tous les jours.

L'évaluation du potentiel de dangerosité d'un patient est une composante importante du soin (Beauford 1997) et beaucoup de recherches ont été focalisées sur la prédiction et le management de patients au comportement violent (Beauford 1997, Harris 1997).

Les résultats les plus récents montrent que :

- les méthodes d'évaluation actuarielles (statistiques) ont de meilleurs résultats que les outils cliniques (Grove, 2000 ; Dawes, 1989).
- Le lien entre troubles mentaux et comportement violent est encore chargé d'incertitudes. Une revue de littérature, menée par Eronen (2003) montre que, malgré les différentes approches méthodologiques utilisées, il existerait un lien modéré mais significatif entre trouble mental et violence. Les personnes ayant une schizophrénie, un trouble psychotique (et plus spécifiquement des symptômes comme un délire paranoïde et les hallucinations auditives) ou souffrant d'un trouble mental majeur auraient plus de risques de commettre un acte violent. De même, les patients abusant de toxiques ou ayant une personnalité antisociale représenteraient un risque plus important (Eronen, 2003, Steinert, 2002). La violence serait alors prédictible dans ces populations (Harris, 1997). Pour d'autres auteurs, au contraire, il n'est pas possible d'établir un lien de cause à effet entre maladie mentale et violence, cela en raison de biais méthodologiques. Par contre, ce lien peut être fait concernant les malades

mentaux hospitalisés, particulièrement si ceux-ci ont des antécédents de violence ou des symptômes psychotiques (Arboleda-Florez, 1996).

- La violence des patients hospitalisés dépend de variables liées aux patients eux-mêmes mais aussi de variables environnementales telles que les qualifications des équipes soignantes, la qualité du traitement, les différentes interventions utilisées (isolement, contention) et l'organisation de l'hôpital (Steinert, 2002, Tobin, 2001, Bowers, 2003)

En psychiatrie, les gestes violents commis par des patients seraient de plus en plus fréquents (Côté, 2001; Mayor, 2003) mais aussi souvent sous-estimés par les professionnels eux-mêmes.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cela :

- La violence est un phénomène complexe avec différents aspects qui dépendent de la cible, de la sévérité, de la fréquence, des causes et des conséquences (Steinert, 2002). Dans la plupart des cas, la représentation de la violence est focalisée sur l'acte violent et/ou sur l'acteur de cette violence. Notre expérience clinique nous incite à considérer la violence comme un concept protéiforme aux multiples acteurs et aux multiples causes. Elle nécessite une certaine distanciation, d'objectivation et des interventions professionnelles. Elle doit être considérée plus comme un phénomène qu'un simple événement, un accident.
- Les définitions sur ce qu'est un incident violent varient selon les auteurs, rendant l'estimation et les comparaisons parfois difficiles à faire (Cooper 2002, Rippon 2000, O'Connell, 2000, Eckhardt, 2002, Daffern, 2002).
- L'agressivité et la violence sont des sujets sensibles. Renzetti (1993), cité par Rippon (2000), évoque le fait que « *les chercheurs, en étudiant les incidents violents sur le lieu de travail, examinent des affaires d'ordre privé dans le contexte de conduite publique et notent spécifiquement les valeurs, les attitudes et les croyances des sujets* ».
- Dans le domaine de la santé, l'agression et la violence sont ressentis comme honteux tant ces sujets sont chargés d'émotivité (Rippon, 2000).
- La violence est parfois considérée comme faisant partie du travail. (Whittington, 1996; Rippon, 2000, Bureau, 2001).
- Certains professionnels ne sont pas désireux de reporter les incidents violents en raison de pression exercée par leurs pairs et en raison de support de supervision limité (Rippon, 2000).
- En dépit de l'amélioration notée quant à l'évaluation des agirs violents (Elbogen, 2002 ; Côté, 2001 ; Daffern, 2002), peu d'études ont été entreprises pour connaître ce que le clinicien fait effectivement dans la pratique de l'évaluation des risques (Mulvey, 1998 ; Elbogen, 2002).
- Les instruments d'évaluation des risques peuvent sembler aux cliniciens peu pratiques et coûteux et nécessitent un entraînement avant utilisation (Doyle, 2002)

## Objectifs de l'étude

Dans le DUPA, le recensement des agirs violents a commencé en 1993 par un recueil systématique, à des fins administratives, des agressions physiques. Ce n'est que plus récemment que toutes les formes de violence exercées par les patients ont été observées et recensées. Une première étude (Kaision 2000), basée sur l'hypothèse que le nombre des comportements agressifs est sous-estimé (UKCC, février 2002) et leur prise en compte partielle, a été confirmée. Pour cette étude, nous avons développé l'Echelle d'Observation des Comportements Agressifs (EOCA), très largement inspirée du modèle de l'Overt Aggression Scale (OAS) développée par Yudowsky et al (1986).



Une deuxième étude a été mise en oeuvre en juin 2002. Elle avait pour objectifs :

- 1) Recenser les comportements agressifs des patients pour :
  - a) améliorer la qualité de l'observation et des transmissions pluridisciplinaires.
  - b) éviter la sous-estimation des signalements des conduites agressives.
- 2) Examiner l'utilisation clinique de l'échelle entre les différents professionnels, au niveau de l'équipe multidisciplinaire et entre les professionnels de la santé et les patients. Ce deuxième objectif vise plus particulièrement à :
  - a) améliorer la communication interdisciplinaire et la communication entre soignants et soignés.
  - b) mettre en jeu le niveau de reconnaissance du problème par le patient et les aspects contre-transférentiels générés chez les soignants.

## Hypothèse

Notre hypothèse était que l'utilisation correcte de l'échelle, qui fait partie du plan de traitement individuel (sur la base du contact ou de la médiation) aura des effets préventifs (détection précoce, recensement des comportements agressifs) et atténuera les effets iatrogènes institutionnels (prise en compte du processus contre-transférentiel).

## Méthodologie

### La population concernée

Cette étude concernait tous les patients, quelque soit leur âge, hospitalisés ou ayant consultés entre le 1er juin 2002 et le 31 mai 2003 dans :  
une des trois sections hospitalo-ambulatoires du DUPA<sup>1</sup> (STP, MIN, STAH) ,  
dans la section hospitalière d'admission (AOC),  
dans le Centre d'Intervention Thérapeutique Brève (CITB) ,  
dans l'Unité de réhabilitation  
dans l'Unité cantonale de sevrage (La Calypso).

Pour cette étude, nous avons demandé et obtenu l'accord de la Commission cantonale d'éthique en psychiatrie. Les patients ont été prévenus de l'étude via un affichage visible dans les unités concernées et, pour l'hôpital, par un document d'information intégré dans le livret d'accueil donné à l'admission. Pour l'aspect recherche, le double de l'EOCA a été anonymisé par une personne externe aux soins, chargée d'avoir une liste nominative des patients attribuant un code pour chacun d'eux.

Pour tenir compte des différences concernant les heures et jours d'ouverture de l'ambulatoire, il nous est paru important de différencier nos résultats selon trois sous-groupes que sont l'hôpital (ouvert 24h/24, 7 jours sur 7), le CITB (centre d'urgences et de crise ambulatoire, ouvert 24h/24, 7 jours sur 7) et les centres de consultations ambulatoires et l'Unité de réhabilitation (ouvert de 8h à 17h-18h, en semaine uniquement).

---

<sup>1</sup> Pour une description précise des sections du DUPA, les lecteurs pourront se reporter en fin d'article à un glossaire.

## L'outil : L'Échelle d'Observation des Comportements Agressifs (EOCA) (voir annexe 1, p 26)

Pour la construction d'un langage commun, tous les comportements agressifs ont été évalués durant 1 an avec l'Échelle d'Observation des Comportements Agressifs (EOCA).

Cette échelle répertorie 4 catégories :

Axe 1 : agressivité verbale.

Axe 2 : agressivité envers les objets.

Axe 3 : agressivité envers soi-même.

Axe 4 : agressivité envers les autres.

6 niveaux de sévérités ( de 1 à 6)

Dans sa version originale, chaque comportement agressif devait être noté en prenant en compte la date, l'heure et la durée de l'épisode agressif. Nous concernant, il était important de pouvoir noter dans l'EOCA l'évolution du comportement agressif sur un même document, sur une durée de 24 heures réparties en tranche d'une heure (voir première partie). Une deuxième partie, représentant l'échelle de sévérité temporelle, a été introduite. Cette échelle, bien que n'offrant pas d'autres informations, permet une représentation graphique des scores de sévérité dans le temps (24 heures). Enfin, une troisième partie questionnant la communication dans l'équipe ( infirmière, médicale, pluridisciplinaire) et avec le patient a également été rajoutée.

### Consignes

Il a été demandé aux équipes soignantes de remplir l'échelle lors de chaque comportement agressif d'un patient, en cochant les cases des items concernés (axe, sévérité) dans la(es) tranche(s) horaire(s) concernée(s). Il a été aussi demandé aux soignants de noter si l'EOCA a été utilisée lors de différentes remises (infirmières ou médico-infirmières), lors d'interface pluridisciplinaire ou bien lors d'entretiens avec le patient.

### Limitation

Cette étude, en dépit de l'attention portée aux aspects méthodologiques, suppose, par ses limitations statistiques, de nous rendre attentif sur la relativité des résultats.

## Résultats

### Résultats globaux

Tableau 1<sup>2</sup>:  
Nombre d'agressions, d'EOCA ou de patients selon groupes Hôpital /CITB / ambulatoire

	Nombre d'agressions	Nombre feuille EOCA	Nombre de patients impliqués
Hôpital	886 (94,5%) <sup>a</sup>	185 (84,9%) <sup>a</sup>	84 (77,8%) <sup>a</sup>
CITB	14 (1,5%) <sup>a</sup>	7 (3,2%) <sup>a</sup>	7 (6,5%) <sup>a</sup>
Ambulatoire	38 (4,1%) <sup>a</sup>	26 (11,9%) <sup>a</sup>	17 (15,7%) <sup>a</sup>
Total	938 (100%) <sup>a</sup>	218 (100%) <sup>a</sup>	108 (100%) <sup>a</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

Durant la période considérée, du 1er juin 2002 au 31 mai 2003 (soit 1 an), 218 relevés EOCA ont été remplis. Ils concernaient 108 patients, 84 patients hospitalisés (77,8%), 7 patients au CITB (6,5%) et 17 patients ambulatoires (15,7%). A noter que plusieurs patients (n = 10) ont eu des passages à l'acte agressifs dans différents endroits.

Ces 218 relevés EOCA signalaient 938 comportements agressifs. 94,5% (n = 886) d'entre eux provenaient des patients hospitalisés, 1,5% (n = 14) du CITB et 4,1% (n = 38) de l'ambulatoire.

### Répartition selon l'axe et l'index d'intensité (sévérité)

Tableau 2 :  
Nombre d'agressions selon l'axe et l'intensité

	INTENSITE						Total
	1	2	3	4	5	6	
Axe 1	175 (100%) <sup>a</sup> (34,9%) <sup>b</sup>	116 (57,7%) <sup>a</sup> (23,1%) <sup>b</sup>	120 (37,9%) <sup>a</sup> (23,9%) <sup>b</sup>	91 (47,4%) <sup>a</sup> (18,1%) <sup>b</sup>	-	-	502 (53,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Axe 2	-	85 (42,3%) <sup>a</sup> (34,7%) <sup>b</sup>	114 (36%) <sup>a</sup> (46,5%) <sup>b</sup>	28 (14,6%) <sup>a</sup> (11,4%) <sup>b</sup>	18 (42,9%) <sup>a</sup> (7,3%) <sup>b</sup>	-	245 (26,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Axe 3	-	-	25 (7,9%) <sup>a</sup> (35,2%) <sup>b</sup>	22 (11,5%) <sup>a</sup> (31%) <sup>b</sup>	14 (33,3%) <sup>a</sup> (19,7%) <sup>b</sup>	10 (90,9%) <sup>a</sup> (14,1%) <sup>b</sup>	71 (7,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Axe 4	-	-	58 (18,3%) <sup>a</sup> (48,3%)*	51 (26,6%) <sup>a</sup> (42,5%) <sup>b</sup>	10 (23,8%) <sup>a</sup> (8,3%) <sup>b</sup>	1 (9,1%) <sup>a</sup> (0,8%) <sup>b</sup>	120 (12,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
<b>Total</b>	176 (100%) <sup>a</sup> (18,7%) <sup>b</sup>	201 (100%) <sup>a</sup> (21,4%) <sup>b</sup>	317 (100%) <sup>a</sup> (33,8%) <sup>b</sup>	192 (100%) <sup>a</sup> (20,5%) <sup>b</sup>	42 (100%) <sup>a</sup> (4,5%) <sup>b</sup>	11 (100%) <sup>a</sup> (1,2%) <sup>b</sup>	938 (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne.

Le tableau ci-dessus représente les résultats suivant l'axe et l'intensité. Il nous montre l'importance des agressions verbales (axe 1, n = 502 soit 53,5% des agressions), souvent moins spectaculaires mais tout aussi nocives au climat de travail et à la vie des unités de soins.

Si l'on exclu les scores de sévérité 1 et 2, que certains auteurs définissent uniquement comme des comportements menaçants, qui diffèrent des passages à l'acte, 59,9% (n = 561) des comportements violents sont significativement sérieux.

Les scores de sévérité 5 et 6, qui évoque une forte intensité, représente 5,7%, soit 53 actings agressifs qui sont à prendre en considération.

<sup>2</sup> Bien que les effectifs soient faibles, les données figurant dans les tableaux sont exprimées en pourcentage dans le seul but d'en faciliter la comparaison.

Répartition selon le diagnostic<sup>3</sup>

Tableau 3 : Répartition par agression, par feuille EOCA, par patient, selon 3 groupes (hôpital, CITB, ambulatoire)\*et selon le diagnostic

	Hôpital			CITB			Ambulatoire			Total		
	Par agression	Par EOCA	Par patient	Par agression	Par EOCA	Par patient	Par agression	Par EOCA	Par patient	Par agression	Par EOCA	Par patient
F00-F09	6 (0,7%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	2 (1,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	2 (2,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	-	-	-	-	-	-	6 (0,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	2 (0,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	2 (1,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F10-F19	88 (10%) <sup>a</sup> (97,8%) <sup>b</sup>	10 (5,5%) <sup>a</sup> (90,9%) <sup>b</sup>	5 (6,2%) <sup>a</sup> (83,3%) <sup>b</sup>	-	-	-	2 (5,3%) <sup>a</sup> (2,2%) <sup>b</sup>	1 (3,8%) <sup>a</sup> (9,1%) <sup>b</sup>	1 (5,9%) <sup>a</sup> (16,7%) <sup>b</sup>	90 (9,7%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	11 (5,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	6 (5,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F20-F29	427 (48,5%) <sup>a</sup> (92%) <sup>b</sup>	97 (53,3%) <sup>a</sup> (82,2%) <sup>b</sup>	45 (55,6%) <sup>a</sup> (73,8%) <sup>b</sup>	10 (90,9%) <sup>a</sup> (2,2%) <sup>b</sup>	5 (83,3%) <sup>a</sup> (4,2%) <sup>b</sup>	5 (83,3%) <sup>a</sup> (8,2%) <sup>b</sup>	27 (71,1%) <sup>a</sup> (5,8%) <sup>b</sup>	16 (61,5%) <sup>a</sup> (13,6%) <sup>b</sup>	11 (64,7%) <sup>a</sup> (18%) <sup>b</sup>	464 (49,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	118 (55,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	61 (58,7%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F30-F39	72 (8,2%) <sup>a</sup> (98,6%) <sup>b</sup>	19 (10,4%) <sup>a</sup> (95%) <sup>b</sup>	9 (11,1%) <sup>a</sup> (90%) <sup>b</sup>	-	-	-	1 (2,6%) <sup>a</sup> (1,4%) <sup>b</sup>	1 (3,8%) <sup>a</sup> (5%) <sup>b</sup>	1 (5,9%) <sup>a</sup> (10%) <sup>b</sup>	73 (7,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	20 (9,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	10 (9,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F40-F48	5 (0,6%) <sup>a</sup> (71,4%) <sup>b</sup>	3 (1,6%) <sup>a</sup> (60%) <sup>b</sup>	1 (1,2%) <sup>a</sup> (33,3%) <sup>b</sup>	1 (9,1%) <sup>a</sup> (14,3%) <sup>b</sup>	1 (16,7%) <sup>a</sup> (20%) <sup>b</sup>	1 (16,7%) <sup>a</sup> (33,3%) <sup>b</sup>	1 (2,6%) <sup>a</sup> (14,3%) <sup>b</sup>	1 (3,8%) <sup>a</sup> (20%) <sup>b</sup>	1 (5,9%) <sup>a</sup> (33,3%) <sup>b</sup>	7 (0,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	5 (2,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	3 (2,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F50-F59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F60-F69	72 (8,2%) <sup>a</sup> (96%) <sup>b</sup>	16 (9,3%) <sup>a</sup> (85%) <sup>b</sup>	13 (16%) <sup>a</sup> (86,7%) <sup>b</sup>	-	-	-	3 (7,9%) <sup>a</sup> (4%) <sup>b</sup>	3 (11,5%) <sup>a</sup> (15%) <sup>b</sup>	2 (11,8%) <sup>a</sup> (13,3%) <sup>b</sup>	75 (8,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	20 (9,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	15 (14,4%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F70-F79	210 (23,9%) <sup>a</sup> (98,1%) <sup>b</sup>	34 (18,7%) <sup>a</sup> (89,5%) <sup>b</sup>	6 (7,4%) <sup>a</sup> (85,7%) <sup>b</sup>	-	-	-	4 (10,5%) <sup>a</sup> (1,9%) <sup>b</sup>	4 (15,4%) <sup>a</sup> (10,5%) <sup>b</sup>	1 (5,9%) <sup>a</sup> (14,3%) <sup>b</sup>	214 (23%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	38 (17,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	7 (6,7%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	848 (100%) <sup>a</sup> (94,7%) <sup>b</sup>	182 (100%) <sup>a</sup> (85%) <sup>b</sup>	81 (100%) <sup>a</sup> (77,9%) <sup>b</sup>	11 (100%) <sup>a</sup> (1,2%) <sup>b</sup>	6 (100%) <sup>a</sup> (2,8%) <sup>b</sup>	6 (100%) <sup>a</sup> (5,8%) <sup>b</sup>	38 (100%) <sup>a</sup> (4,1%) <sup>b</sup>	26 (100%) <sup>a</sup> (12,1%) <sup>b</sup>	17 (100%) <sup>a</sup> (16,3%) <sup>b</sup>	929 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	214 <sup>d</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	104 <sup>e</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne.

<sup>c</sup> données manquantes : 9

<sup>d</sup> données manquantes : 4

<sup>e</sup> données manquantes : 4

L'analyse selon les catégories diagnostiques du CIM-10 (10 catégories) montre que les patients du groupe F20-F29 (Schizophrénie et troubles schizotypiques) sont les plus nombreux (61 patients sur 108, soit 58,7% des patients inclus dans l'étude). Les patients du groupe F60-F69 (troubles de la personnalité -15 patients, soit 14,4%) et du groupe F30-F39 (trouble de l'humeur - 10 patients soit 9,6%) viennent ensuite. Les patients de la catégorie F70-F79 (retard mental), qui ne sont représentés « que par » 7 patients, ont en moyenne 3 fois plus de comportements agressifs.

A noter qu'aucun diagnostic F50-F59 (Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques), F80-F89 (Troubles du développement psychologique) et F90-F98 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence) n'a été posé.

<sup>3</sup> Les lecteurs non habitués à la classification par diagnostic CIM-10 pourront se reporter au glossaire

## Répartition à l'hôpital selon le service et le diagnostic.

Tableau 4 :  
Répartition des patients selon diagnostic et les sections hospitalière

	MIN	AOC	STAH	STP	Total
F00-F09	-	1 (10%) <sup>a</sup> (50%) <sup>b</sup>	-	1 (6,3%) <sup>a</sup> (50%) <sup>b</sup>	2 (2,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F10-F19	-	2 (20%) <sup>a</sup> (40%) <sup>b</sup>	1 (5,9%) <sup>a</sup> (20%) <sup>b</sup>	2 (12,5%) <sup>a</sup> (40%) <sup>b</sup>	5 (6,2%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F20-F29	34 (89,5%) <sup>a</sup> (75,6%) <sup>b</sup>	6 (60%) <sup>a</sup> (13,3%) <sup>b</sup>	4 (23,5%) <sup>a</sup> (8,9%) <sup>b</sup>	1 (6,3%) <sup>a</sup> (2,2%) <sup>b</sup>	45 (55,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F30-F39	1 (2,6%) <sup>a</sup> (11,1%) <sup>b</sup>	-	7 (41,2%) <sup>a</sup> (77,8%) <sup>b</sup>	1 (6,3%) <sup>a</sup> (11,1%) <sup>b</sup>	9 (11,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>**</sup>
F40-F48	-	-	1 (5,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	-	1 (1,2%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F50-F59	-	-	-	-	-
F60-F69	-	-	2 (11,8%) <sup>a</sup> (15,4%) <sup>b</sup>	11 (68,8%) <sup>a</sup> (84,6%) <sup>b</sup>	13 (16%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
F70-F79	3 (7,9%) <sup>a</sup> (50%) <sup>b</sup>	1 (10%) <sup>a</sup> (16,7%) <sup>b</sup>	2 (11,8%) <sup>a</sup> (33,3%) <sup>b</sup>	-	6 (7,4%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	38 (100%) <sup>a</sup> (46,9%) <sup>b</sup>	10 (100%) <sup>a</sup> (12,3%) <sup>b</sup>	17 (100%) <sup>a</sup> (21%) <sup>b</sup>	16 (100%) <sup>a</sup> (19,8%) <sup>b</sup>	81 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne. <sup>c</sup> données manquantes : 3  
<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne.

A l'hôpital, un peu moins de la moitié des patients impliqués dans des actes agressifs (38/81) étaient hospitalisés dans la section du spectre de la schizophrénie (MIN). La STAH (17 patients) et la STP (16 patients) viennent ensuite. La section AOC avec 9 patients ne représente « que » 12,3% des patients inclus dans l'étude sur l'hôpital.

La répartition selon le diagnostic et la section est conforme à la logique psychopathologique et à l'organisation du DUPA (sections spécialisées). Les patients du groupe F20-F29 sont les plus nombreux (45/81), essentiellement dans la section spécialisée « Eugène Minkowski » (34/45). Les patients du groupe F30-F39 (9/81) sont plus nombreux dans la section spécialisée STAH (7/9). Les patients du groupe F60-F69 (13/81) sont, pour la plupart, hospitalisés dans la section spécialisée dans les troubles de la personnalité (STP) (11/13). Les patients du groupe F70-F79 sont répartis sur 3 des 4 sections du DUPA.

La STAH et la STP montrent une plus grande variété de diagnostics (respectivement 6 et 5 catégories diagnostiques).

## Selon l'âge et le sexe

Tableau 5 :  
Répartition selon sexe et catégories d'âge

Catégorie d'âge	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Jusqu'à 19 ans	2 (40%) <sup>a</sup> (1,9%) <sup>b</sup>	3 (60%) <sup>a</sup> (2,8%) <sup>b</sup>	5 (100%) <sup>a</sup> (4,7%) <sup>b</sup>
20-29 ans	21 (61,8%) <sup>a</sup> (19,6%) <sup>b</sup>	13 (38,2%) <sup>a</sup> (12,1%) <sup>b</sup>	34 (100%) <sup>a</sup> (31,8%) <sup>b</sup>
30-39 ans	19 (63,3%) <sup>a</sup> (17,7%) <sup>b</sup>	11 (36,7%) <sup>a</sup> (10,3%) <sup>b</sup>	30 (100%) <sup>a</sup> (28%) <sup>b</sup>
40-49 ans	16 (59,3%) <sup>a</sup> (14,9%) <sup>b</sup>	11 (40,7%) <sup>a</sup> (10,3%) <sup>b</sup>	27 (100%) <sup>a</sup> (25,2%) <sup>b</sup>
50 ans et plus	5 (45,4%) <sup>a</sup> (4,7%) <sup>b</sup>	6 (54,6%) <sup>a</sup> (5,6%) <sup>b</sup>	11 (100%) <sup>a</sup> (10,3%) <sup>b</sup>
Total	63 (58,9%) <sup>a</sup>	44 (41,1%) <sup>a</sup>	107 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement au nombre total de patients (n= 107).

<sup>c</sup> données manquantes : 1

Pour la période considérée, les patients inclus dans l'étude étaient en majorité des patients jeunes. Près des 2/3 d'entre eux (69 patients soit 64,5%) avaient moins de 40 ans contre 1/3 (38 patients soit 35,5%) qui avaient 40 ans et plus. Les hommes entre 20 et 40 ans représentent près de 40% du nombre total des patients.

### Répartition des agressions selon le sexe, l'axe et l'intensité

Tableau 6 :  
Nombre d'agressions ( n = 938) selon l'axe, l'intensité et le sexe

Intensité	Axe	Sexe		Total
		Homme	Femme	
1	1	100 (57,1%) <sup>a</sup>	75 (42,9%) <sup>a</sup>	175 (100%) <sup>a</sup> (18,7%) <sup>b</sup>
	Total	100 (57,1%) <sup>a</sup>	75 (42,9%) <sup>a</sup>	175 (100%) <sup>a</sup> (18,7%) <sup>c</sup>
2	1	64 (55,2%) <sup>a</sup>	52 (44,8%) <sup>a</sup>	116 (100%) <sup>a</sup> (12,4%) <sup>b</sup>
	2	46 (54,1%) <sup>a</sup>	39 (45,9%) <sup>a</sup>	85 (100%) <sup>a</sup> (9,1%) <sup>b</sup>
	Total	110 (54,1%) <sup>a</sup>	91 (45,9%) <sup>a</sup>	201 (100%) <sup>a</sup> (21,4%) <sup>c</sup>
3	1	73 (60,8%) <sup>a</sup>	47 (39,2%) <sup>a</sup>	120 (100%) <sup>a</sup> (12,8%) <sup>b</sup>
	2	61 (53,5%) <sup>a</sup>	53 (46,5%) <sup>a</sup>	114 (100%) <sup>a</sup> (12,2%) <sup>b</sup>
	3	6 (24%) <sup>a</sup>	19 (76%) <sup>a</sup>	25 (100%) <sup>a</sup> (2,7%) <sup>b</sup>
	4	34 (58,6%) <sup>a</sup>	24 (41,4%) <sup>a</sup>	58 (100%) <sup>a</sup> (6,2%) <sup>b</sup>
	Total	174 (54,9%) <sup>a</sup>	143 (45,1%) <sup>a</sup>	317 (100%) <sup>a</sup> (33,8%) <sup>c</sup>
4	1	57 (62,6%) <sup>a</sup>	34 (37,4%) <sup>a</sup>	91 (100%) <sup>a</sup> (9,7%) <sup>b</sup>
	2	21 (75%) <sup>a</sup>	7 (25%) <sup>a</sup>	28 (100%) <sup>a</sup> (3%) <sup>b</sup>
	3	5 (22,7%) <sup>a</sup>	17 (77,3%) <sup>a</sup>	22 (100%) <sup>a</sup> (2,3%) <sup>b</sup>
	4	30 (58,8%) <sup>a</sup>	21 (41,2%) <sup>a</sup>	51 (100%) <sup>a</sup> (5,4%) <sup>b</sup>
	Total	113 (58,9%) <sup>a</sup>	79 (41,1%) <sup>a</sup>	192 (100%) <sup>a</sup> (20,5%) <sup>c</sup>
5	2	6 (33,3%) <sup>a</sup>	12 (66,7%) <sup>a</sup>	18 (100%) <sup>a</sup> (1,9%) <sup>b</sup>
	3	4 (28,6%) <sup>a</sup>	10 (71,4%) <sup>a</sup>	14 (100%) <sup>a</sup> (1,5%) <sup>b</sup>
	4	6 (60%) <sup>a</sup>	4 (40%) <sup>a</sup>	10 (100%) <sup>a</sup> (1,1%) <sup>b</sup>
	Total	16	26	42 (100%) <sup>a</sup> (4,5%) <sup>c</sup>
6	3	0	10 (100%) <sup>a</sup>	10 (100%) <sup>a</sup> (1,1%) <sup>b</sup>
	4	1 (100%) <sup>a</sup>	-	1 (100%) <sup>a</sup> (0,1%) <sup>b</sup>
	Total	1 (9,1%) <sup>a</sup>	10 (90,9%) <sup>a</sup>	11 (100%) <sup>a</sup> (1,2%) <sup>c</sup>
Total		514 (54,8%) <sup>a</sup>	42 (45,2%) <sup>a</sup>	938 (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>c</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage est calculé relativement à la ligne (répartition selon sexe).

<sup>b</sup> le pourcentage est calculé relativement au nombre total d'agressions

<sup>c</sup> le pourcentage est calculé relativement au nombre total d'agressions selon l'intensité

L'analyse en fonction du sexe nous montre que si les femmes sont moins nombreuses (45 contre 63 pour les hommes soit 41,7%) et passent moins souvent à l'acte (45,2%), elles ne sont néanmoins pas, toutes catégories diagnostiques confondues, moins menaçantes ou agressives que les hommes. Les actes agressifs d'une intensité 5 et 6, commis par les femmes, sont plus nombreux que les hommes :

Elles sont également plus enclines à l'agressivité contre elle-même ( $n = 56/70$  sur l'axe 3).

## Selon le jour et l'heure

Tableau 7:  
Nombre d'agressions selon le jour de la semaine et selon jour-nuit

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
Jour > 7h - ≤ 20h	155 (72,1%) <sup>a</sup> (24,2%) <sup>b</sup>	87 (75,0%) <sup>a</sup> (13,6%) <sup>b</sup>	61 (61,6%) <sup>a</sup> (9,5%) <sup>b</sup>	94 (90,4%) <sup>a</sup> (14,7%) <sup>b</sup>	86 (58,1%) <sup>a</sup> (13,4%) <sup>b</sup>	86 (69,4%) <sup>a</sup> (13,4%) <sup>b</sup>	72 (67,3%) <sup>a</sup> (11,2%) <sup>b</sup>	641 (70,2%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Nuit > 20h - ≤ 7h	60 (27,9%) <sup>a</sup> (22,1%) <sup>b</sup>	29 (25,0%) <sup>a</sup> (10,7%) <sup>b</sup>	38 (38,4%) <sup>a</sup> (14,0%) <sup>b</sup>	10 (9,6%) <sup>a</sup> (3,7%) <sup>b</sup>	62 (41,9%) <sup>a</sup> (22,8%) <sup>b</sup>	38 (30,6%) <sup>a</sup> (14,0%) <sup>b</sup>	35 (32,7%) <sup>a</sup> (12,9%) <sup>b</sup>	272 (29,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	215 (100%) <sup>a</sup> (23,5%) <sup>b</sup>	116 (100%) <sup>a</sup> (12,7%) <sup>b</sup>	99 (100%) <sup>a</sup> (10,8%) <sup>b</sup>	104 (100%) <sup>a</sup> (11,4%) <sup>b</sup>	148 (100%) <sup>a</sup> (16,2%) <sup>b</sup>	124 (100%) <sup>a</sup> (13,6%) <sup>b</sup>	107 (100%) <sup>a</sup> (11,7%) <sup>b</sup>	913 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne.

<sup>c</sup> données manquantes : 25

L'analyse selon le jour du passage à l'acte montre que le dimanche (215 passages à l'acte agressifs soit 23,5%) et le jeudi (148 passages à l'acte agressifs soit 16,2%) sont des jours particulièrement « à risque », bien avant les autres jours de la semaine.

Tableau 8 :  
Répartitions des agressions selon catégorie d'heures et jour

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
1h-6h	38 (17,7%) <sup>a</sup> (27,0%) <sup>b</sup>	14 (12,1%) <sup>a</sup> (9,9%) <sup>b</sup>	16 (16,2%) <sup>a</sup> (11,3%) <sup>b</sup>	10 (9,6%) <sup>a</sup> (7,1%) <sup>b</sup>	26 (17,6%) <sup>a</sup> (18,4%) <sup>b</sup>	20 (16,1%) <sup>a</sup> (14,2%) <sup>b</sup>	17 (15,9%) <sup>a</sup> (12,1%) <sup>b</sup>	141 (15,4%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
7h-9h	23 (10,7%) <sup>a</sup> (15,2%) <sup>b</sup>	29 (25,0%) <sup>a</sup> (19,2%) <sup>b</sup>	27 (27,3%) <sup>a</sup> (17,9%) <sup>b</sup>	25 (24,0%) <sup>a</sup> (16,6%) <sup>b</sup>	11 (7,4%) <sup>a</sup> (7,3%) <sup>b</sup>	13 (10,5%) <sup>a</sup> (8,6%) <sup>b</sup>	23 (21,5%) <sup>a</sup> (15,2%) <sup>b</sup>	151 (16,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
10h-12h	46 (21,4%) <sup>a</sup> (30,5%) <sup>b</sup>	9 (7,8%) <sup>a</sup> (6%) <sup>b</sup>	25 (25,3%) <sup>a</sup> (16,6%) <sup>b</sup>	22 (21,2%) <sup>a</sup> (14,6%) <sup>b</sup>	17 (11,5%) <sup>a</sup> (11,3%) <sup>b</sup>	17 (13,7%) <sup>a</sup> (11,3%) <sup>b</sup>	15 (14,0%) <sup>a</sup> (9,9%) <sup>b</sup>	151 (16,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
13h-15h	45 (20,9%) <sup>a</sup> (34,9%) <sup>b</sup>	22 (19,0%) <sup>a</sup> (17,1%) <sup>b</sup>	2 (2%) <sup>a</sup> (1,6%) <sup>b</sup>	16 (15,4%) <sup>a</sup> (12,4%) <sup>b</sup>	13 (8,8%) <sup>a</sup> (10,1%) <sup>b</sup>	19 (15,3%) <sup>a</sup> (14,7%) <sup>b</sup>	12 (11,2%) <sup>a</sup> (9,3%) <sup>b</sup>	129 (14,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
16h-20h	41 (19,1%) <sup>a</sup> (19,5%) <sup>b</sup>	27 (23,3%) <sup>a</sup> (12,9%) <sup>b</sup>	7 (7,1%) <sup>a</sup> (3,3%) <sup>b</sup>	31 (29,8%) <sup>a</sup> (14,8%) <sup>b</sup>	45 (30,4%) <sup>a</sup> (21,4%) <sup>b</sup>	37 (29,8%) <sup>a</sup> (17,6%) <sup>b</sup>	22 (20,6%) <sup>a</sup> (10,5%) <sup>b</sup>	210 (23%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
21h-0h	22 (10,2%) <sup>a</sup> (16,8%) <sup>b</sup>	15 (12,9%) <sup>a</sup> (11,5%) <sup>b</sup>	22 (22,2%) <sup>a</sup> (16,8%) <sup>b</sup>	-	36 (24,3%) <sup>a</sup> (27,5%) <sup>b</sup>	18 (14,5%) <sup>a</sup> (13,7%) <sup>b</sup>	18 (16,8%) <sup>a</sup> (13,7%) <sup>b</sup>	131 (14,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	215 (100%) <sup>a</sup> (23,5%) <sup>b</sup>	116 (100%) <sup>a</sup> (12,7%) <sup>b</sup>	99 (100%) <sup>a</sup> (10,8%) <sup>b</sup>	104 (100%) <sup>a</sup> (11,4%) <sup>b</sup>	148 (100%) <sup>a</sup> (16,2%) <sup>b</sup>	124 (100%) <sup>a</sup> (13,6%) <sup>b</sup>	107 (100%) <sup>a</sup> (11,7%) <sup>b</sup>	913 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes : 25

En observant les agressions en fonction de l'heure, nous remarquons qu'il y a plus d'agressions recensées ( $n = 913$ ) dans la journée ( $n = 641$ ) que la nuit ( $n = 272$ ). Bien entendu, cela ne doit pas nous empêcher de nous questionner sur l'impact de ces agressions la nuit.

Tableau 9 :  
Répartitions des agressions par tranche horaire,  
à l'hôpital, au CITB, en ambulatoire, selon catégorie d'heures

	Hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
1h-6h	140 (16,4%) <sup>a</sup> (99,3%) <sup>b</sup>	1 (4,2%) <sup>a</sup> (0,7%) <sup>b</sup>	–	141 (15%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
7h-9h	145 (16,4%) <sup>a</sup> (94,8%) <sup>b</sup>	–	8 (21,1%) <sup>a</sup> (5,2%) <sup>b</sup>	153 (16,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
10h-12h	146 (16,5%) <sup>a</sup> (94,8%) <sup>b</sup>	–	8 (21,1%) <sup>a</sup> (5,2%) <sup>b</sup>	154 (16,4%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
13h-15h	127 (14,3%) <sup>a</sup> (90,7%) <sup>b</sup>	–	13 (34,2%) <sup>a</sup> (9,3%) <sup>b</sup>	140 (14,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
16h-20h	207 (23,4%) <sup>a</sup> (94,5%) <sup>b</sup>	3 (21,4%) <sup>a</sup> (1,4%) <sup>b</sup>	9 (23,7%) <sup>a</sup> (4,1%) <sup>b</sup>	219 (23,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
21h-0h	121 (13,7%) <sup>a</sup> (92,4%) <sup>b</sup>	10 (71,4%) <sup>a</sup> (7,6%) <sup>b</sup>	–	131 (14%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	886 (100%) <sup>a</sup> (94,5%) <sup>b</sup>	14 (100%) <sup>a</sup> (1,5%) <sup>b</sup>	38 (100%) <sup>a</sup> (4,1%) <sup>b</sup>	938 (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

A l'hôpital (n = 886), les acting agressifs nocturnes (n = 261) représentent 30,1% du total des passages à l'acte agressifs. Au CITB (n = 14), il y a plus de passages à l'acte agressifs la nuit (11) que le jour (4).

### Répartition selon le jour d'admission

Tableau 10 :  
Nombre de jours entre admission et l'acte agressif par patient (par feuille EOCA)

Agression après	Hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
0 jour	19 (23,2%) <sup>a</sup> (76,0%) <sup>b</sup>	6 (85,7%) <sup>a</sup> (24,0%) <sup>b</sup>	–	25 (24,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
1 jour	9 (11,0%) <sup>a</sup> (90,0%) <sup>b</sup>	1 (14,3%) <sup>a</sup> (10,0%) <sup>b</sup>	–	10 (9,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
2-3 jours	9 (11,0%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	–	–	9 (8,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
4-7 jours	12 (14,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	–	–	12 (11,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
8-14 jours	8 (9,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	–	–	8 (7,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
15 jours et plus	25 (30,5%) <sup>a</sup> (65,8%) <sup>b</sup>	–	13 (100%) <sup>a</sup> (34,2%) <sup>b</sup>	38 (37,3%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
Total	82 (100%) <sup>a</sup> (80,4%) <sup>b</sup>	7 (100%) <sup>a</sup> (6,9%) <sup>b</sup>	13 (100%) <sup>a</sup> (12,7%) <sup>b</sup>	102 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne.

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes :6



En observant le moment du premier acting agressif, on se rend compte que les résultats diffèrent nettement en fonction des groupes.

Ainsi, à l'hôpital, structure ouverte 7 jours/7, 24H/24, un peu moins d'un quart des feuilles EOCA (19/82, soit 23,2% des EOCA remplies à l'hôpital) ont été remplies le jour-même de l'admission, plus de la moitié (49 feuilles EOCA soit 57,2%) dans la première semaine et presque 70% (57 EOCA/82 soit 69,6%) dans les 2 semaines qui suivent l'admission. A noter néanmoins que plus d'un quart des EOCA (25 EOCA/82 soit 30,5%) ont lieu après deux semaines d'hospitalisation. Ces résultats, conformes à ceux de Grassi (2001), doivent nous inviter à être particulièrement vigilant, en l'absence d'évaluation pertinente et stable, sur la potentialité des patients à être dangereux au moment de l'admission et au cours de l'hospitalisation.

Au CITB, centre des urgences et de crise, ouvert également 7 jours sur 7, 24H/24, la majorité des EOCA ont été remplies le jour de la première consultation (8/9), voire le lendemain (1).

Dans l'ambulatorio, toutes les feuilles EOCA ont été remplies bien après le début de la prise en charge, quelques semaines voire quelques mois plus tard.

## Nombre de feuilles EOCA par patient

Tableau 11 :  
Nombre de feuilles EOCA remplies par patient hospitalisé

Nombre total d'agressions par patient			Nombre feuille EOCA	Nombre Patients	Pourcentage
min	max	n			
1	36	212	1	50	59,5%
2	20	114	2	14	16,7%
4	29	90	3	8	9,5%
7	72	131	4	5	6,0%
9	29	52	5	3	3,6%
34	34	34	6	1	1,2%
53	109	162	7	2	2,4%
59	59	59	16	1	1,2%
Total			169 <sup>a</sup>	84	100%

<sup>a</sup> données manquantes : 16

Près de 60% (50/84) des patients « agressifs » sont concernés par le remplissage d'une seule feuille EOCA et 19 % (16/84) par deux EOCA durant leur hospitalisation. Il convient de noter que près de 22% des patients (18 patients/84) sont passés à l'acte au moins sur 3 journées distinctes. A noter qu'un patient a eu des actes agressifs sur 15 journées distinctes.

Le nombre d'agressions par patient varie amplement. Ainsi, pour les patients qui n'ont fait d'une seule feuille EOCA (n = 50); le nombre varie de 1 (1 seul acte agressif noté sur la feuille) à 36.

Certains patients peuvent avoir ainsi un nombre d'actes agressifs élevés, comme 109 (un patient qui a eu 7 feuilles EOCA remplies) ou bien encore 72 (sur 4 feuilles EOCA).

## La communication autour de l'acte agressif

La communication autour de la violence des patients représentait un élément important de l'étude. Les tableaux ci-dessous détaillent la communication entre infirmiers, entre infirmiers et médecins, au niveau de l'équipe pluridisciplinaire et avec le patient lui-même.

Tableau 12 :  
Communication infirmière selon feuilles EOCA

	Hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
oui	155 (88,6%) <sup>a</sup> (94,5%) <sup>b</sup>	4 (57,1%) <sup>a</sup> (2,4%) <sup>b</sup>	5 (20,0%) <sup>a</sup> (3,0%) <sup>b</sup>	164 (79,2%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non	19 (10,9%) <sup>a</sup> (46,3%) <sup>b</sup>	3 (42,9%) <sup>a</sup> (7,3%) <sup>b</sup>	19 (76,0%) <sup>a</sup> (46,3%) <sup>b</sup>	41 (19,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non adapté	1 (0,6%) <sup>a</sup> (50,0%) <sup>b</sup>	–	1 (4,0%) <sup>a</sup> (50,0%) <sup>b</sup>	2 (1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
total	175 (100%) <sup>a</sup> (84,5%) <sup>b</sup>	7 (100%) <sup>a</sup> (3,4%) <sup>b</sup>	25 (100%) <sup>a</sup> (12,1%) <sup>b</sup>	207 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes : 11

Près de 80% des feuilles EOCA (164/207 soit 79,2%) ont été discutées au sein des équipes infirmières

A l'hôpital, la communication des actes agressifs entre infirmiers est importante (93,3%).

Cette communication est moins importante au CITB (4/7 soit 54,5%) et en ambulatoire (5/25 soit 20%) aux prises en charge infirmières plus individualisées.

Tableau 13 :  
Communication infirmière/médecin selon feuilles EOCA

	hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
oui	135 (78,0%) <sup>a</sup> (95,1%) <sup>b</sup>	1 (16,7%) <sup>a</sup> (0,7%) <sup>b</sup>	6 (24,0%) <sup>a</sup> (4,2%) <sup>b</sup>	142 (69,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non	36 (20,8%) <sup>a</sup> (61,0%) <sup>b</sup>	5 (83,3%) <sup>a</sup> (8,5%) <sup>b</sup>	18 (72,0%) <sup>a</sup> (30,5%) <sup>b</sup>	59 (28,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non adapté	2 (1,2%) <sup>a</sup> (66,7%) <sup>b</sup>	–	1 (4,0%) <sup>a</sup> (33,3%) <sup>b</sup>	3 (1,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
total	173 (100%) <sup>a</sup> (84,8%) <sup>b</sup>	6 (100%) <sup>a</sup> (2,9%) <sup>b</sup>	25 (100%) <sup>a</sup> (12,3%) <sup>b</sup>	204 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes : 14

La communication entre médecins et infirmiers autour des feuilles EOCA est légèrement moindre qu'entre infirmiers (135 feuilles EOCA/173 soit 69,6%).

A l'hôpital, cette communication concerne 78% des feuilles EOCA. Par contre, cette communication est moins réalisée au CITB (1 seule communication pour 6 EOCA soit 16,7%) et en ambulatoire (6 feuilles EOCA / 33 soit 12,3%).

Tableau 14 :  
Communication équipe pluridisciplinaire selon feuilles EOCA

	hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
oui	83 (51,6%) <sup>a</sup> (83,8%) <sup>b</sup>	1 (16,7%) <sup>a</sup> (1,0%) <sup>b</sup>	15 (60,0%) <sup>a</sup> (15,2%) <sup>b</sup>	99 (51,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non	73 (45,3%) <sup>a</sup> (83,0%) <sup>b</sup>	5 (83,3%) <sup>a</sup> (5,7%) <sup>b</sup>	10 (40,0%) <sup>a</sup> (11,4%) <sup>b</sup>	88 (45,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non adapté	5 (3,1%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	–	–	5 (2,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
total	161 (100%) <sup>a</sup> (83,9%) <sup>b</sup>	6 (100%) <sup>a</sup> (3,1%) <sup>b</sup>	25 (100%) <sup>a</sup> (13,0%) <sup>b</sup>	192 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes : 26

Concernant la communication en équipe pluridisciplinaire, nous pouvons remarquer que sur l'ensemble des feuilles EOCA remplies, la moitié seulement (83 EOCA/161 soit 51,6%) sont discutés en équipe élargie aux autres membres (assistants sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc...). Ce pourcentage est très bas au CITB (16,7%) et s'explique par le modèle de prise en charge (crise) et l'organisation afférente. Il est sensiblement supérieure à la moyenne à l'hôpital (51,6%) et en ambulatoire (15/25 soit 51,5%).

Tableau 15 :  
Communication avec le patient selon feuilles EOCA

	hôpital	CITB	Ambulatoire	Total
oui	75 (46,9%) <sup>a</sup> (77,3%) <sup>b</sup>	1 (16,7%) <sup>a</sup> (1,0%) <sup>b</sup>	21 (80,8%) <sup>a</sup> (21,6%) <sup>b</sup>	97 (50,5%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non	55 (34,4%) <sup>a</sup> (84,6%) <sup>b</sup>	5 (83,3%) <sup>a</sup> (7,7%) <sup>b</sup>	5 (19,2%) <sup>a</sup> (7,7%) <sup>b</sup>	65 (33,9%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
non adapté	30 (18,8%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>	–	–	30 (15,6%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>
total	160 (100%) <sup>a</sup> (83,3%) <sup>b</sup>	6 (100%) <sup>a</sup> (3,1%) <sup>b</sup>	26 (100%) <sup>a</sup> (13,5%) <sup>b</sup>	192 <sup>c</sup> (100%) <sup>a</sup> (100%) <sup>b</sup>

<sup>a</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la colonne

<sup>b</sup> le pourcentage du tableau est calculé relativement à la ligne

<sup>c</sup> données manquantes : 26

Concernant la communication autour d'actes violents avec le patient, seules 97 EOCA / 192 ( soit 50,5%) ont été reprises avec eux.

En observant ces résultats à travers les 3 sous-groupes (hôpital, ambulatoire, CITB), on peut remarquer que cette communication est nettement plus importante en ambulatoire (21 EOCA/26 soit 80,8%) et faible (1 EOCA/9 soit 16,7%) au CITB.

A l'hôpital, cette communication représente moins de 50% ( 75 EOCA / 160 soit 46,9%) avec passablement de situations jugées comme inadaptées (30 soit 38,8%).

Au stade de l'étude, nous ne savons si le degré de sévérité, la durée et la fréquence des comportements agressifs ont influencé ces résultats.

## L'approche cindynique

Partant de nos postulats et hypothèses premières (expression des besoins sécuritaires des équipes soignantes vs sous-évaluation quantitative et qualitative des phénomènes de violence, limites des outils prédictifs...) validés par les résultats de cette étude, il nous apparaît essentiel, au terme de celle-ci, d'aborder à l'avenir la problématique de la violence selon une méthodologie à même d'intégrer la complexité du phénomène. Ici, il s'agit de ne pas oublier que la référence à un cadre conceptuel doit être en cohérence avec l'expérience vécue des acteurs, autorisant une réciprocité entre l'observation de la pratique et les références théoriques. En outre, il est nécessaire que le modèle retenu puisse offrir des pistes de prévention et d'action portant sur les causes (et non les seuls effets) des manifestations agressives d'un patient (approche événementielle, raisonnement par cas) et permette d'évaluer le degré de cohérence vs d'incohérence du système de soins. Ultimement, il devrait donc être à la fois un outil clinique, de management et de conduite du changement.

Nous avons privilégié, d'une part pour éclairer nos résultats et, d'autre part pour ce qui sera une 3<sup>ème</sup> étude, le modèle cindynique (voir conclusion).

Schématiquement, la démarche cindynique est une approche systémique qui fait appel au concept d'espace de danger – une situation de danger intégrant les facteurs temps, espace, réseaux d'acteurs concernés – représenté par 5 axes (*figure 1*):

- statistique: les faits
- épistémique: les modèles
- déontologique: les règles
- axiologique : les valeurs,
- téléologique : les objectifs ou finalités.

La dimension des faits et celle des modèles procèdent du "retour d'expérience", l'analyse post-incident, tandis que celle des normes et celle des valeurs se combinent dans le domaine de l'éthique en action.

Le fondement de l'épistémologie cindynique sont les 7 axiomes sur lesquels cette analyse prend appui (voir tableau ci-dessous) :

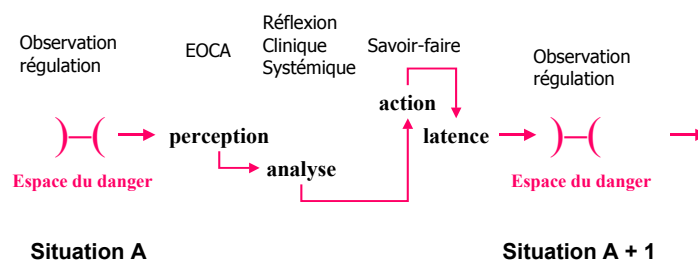
Tableau 16

Axiome	caractérisation
1 Relativité	La perception du danger dépend de la situation et de l'acteur qui la perçoit.
2 Conventiônalité	Les mesures du risque dépendent des conventions entre les acteurs
3 Téléologie	Les finalités des acteurs sont contradictoires
4 Ambiguïté	Les perceptions et estimations du danger sont sujettes à des ambiguïtés d'ordre : téléologique, épistémique, statistique, déontologique, axiologique
5 Transformation	Les incidents sont des symptômes révélateur des ambiguïtés. Cet axiome est fondateur de la notion de retour d'expérience
6 Crise	Désorganisation des réseaux d'acteurs pris dans la situation
7 Ago-antagonicité	Toute action sur la situation est à la fois réductrice et créatrice de danger

En partant de l'hyperespace du danger il est possible de représenter l'évolution d'une situation cindynique. Ce modèle consiste à exprimer la dynamique du processus cindynique en une série de situations séparées par des périodes de temps variables. Pour chaque situation (situation A, situation A+1) il y a une zone de danger avec ses 5 composants. Entre chaque situation, il y a un cycle d'évolution de 4 phases dont nous proposons une lecture clinique (*figure 2*).

Figure 2

#### Modèle d'évolution de situation de danger



Un **phase de perception** correspond à l'observation des événements responsables de l'évolution de la situation (avec ou sans passages à l'acte) et/ou au recueil des données. Le recours à l'EOCA présente ici un double intérêt clinique : en effet, elle apparaît comme un instrument neutralisant les sur et les sous-estimations de l'occurrence des épisodes de violence (axe statistique) et présuppose leur mise en perspective à la lumière des 4 autres dimensions.

**Une phase d'analyse :** les premières manifestations doivent être interprétées en prenant en compte une multitude de variables, notamment le management des interfaces entre les professionnels eux-mêmes et entre les professionnels et les patients. La reconnaissance du problème par le patient et les aspects contre-transférentiels des soignants doivent être intégrés dans cette analyse.

Pour faire face aux difficultés d'une analyse et d'une décision rationnelles (analyse incomplète, mécanisme du risque difficile à décrire, part d'imprévisibilité...), l'importance doit être accordée à la communication s'étayant sur ce qu'il convient d'appeler une culture institutionnelle du risque dont les 5 axes seraient le fondement théorico-pratique commun à l'ensemble des acteurs. Les tableaux 12 à 14 peuvent ainsi nous interroger sur la communication au sein de l'équipe soignante.

**Une phase d'action** qui décrit les différentes solutions apportées au problème.

**Une phase de latence** qui correspond au temps nécessaire pour l'observation des effets tangibles des actions entreprises, voire de l'apparition d'un nouvel événement.

L'intérêt d'un tel modèle est qu'il dépasse la vision d'une gestion procédurale des risques, faite de déterminismes simples et permet de sortir de la seule perspective conséquentialiste.

Des critiques ont été adressées directement ou indirectement à ce modèle : construction d'une idéologie sécuritaire pour les uns (Pesqueux, non daté) "saveur liberticide" pour les autres (Duclos D., 2002). En fait, c'est le concept de risque comme chargé d'ambiguïté et le corpus qualifié de gestion des risques qui sont questionnés ici.

Il n'en reste pas moins, qu'au delà des débats idéologiques sur les éléments possibles d'une théorie générale du risque, les cliniciens engagés dans le champ psychiatrique sont appelés à évaluer le risque de comportements violents dont pourrait se rendre responsables les patients (sur eux-mêmes ou sur autrui), que la violence envers les praticiens n'est pas qu'une réalité construite faite d'impressions et que le corrélat du risque de passage à l'acte, l'insécurité, a des conséquences sur la qualité des soins.

S'agissant des finalités (dimension téléologique), il existe évidemment des ambiguïtés très importantes sur les priorités. Par exemple la priorité respective du traitement symptomatique et de la sécurité des équipes soignantes.

S'agissant des règles (dimension déontologique), l'ambiguïté a favorisé des comportements de passages à l'acte tant des patients (agressions) que des soignants (contention, isolement...). Cette ambiguïté sur les normes et règles à respecter vient de l'existence de plusieurs niveaux d'interventions thérapeutiques.

Ainsi le pragmatisme dans les situations cinodynamiques complexes doit privilégier les processus d'apprentissage que constitue la mise au point de procédures simples de concertation et de confrontation des points de vue : c'est cet impératif explicite que nous avons inscrit dans l'EOCA.

## Conclusion

En regardant et en analysant les résultats des différentes études (et/ou étapes de l'étude), en dépit de biais et d'imperfections méthodologiques certaines, force est de constater que le nombre d'EOCA remplies et le nombre de patients manifestant des comportements agressifs décroissent considérablement dans le temps (voir tableau ci-dessous).

Variable	2000 (30 jours)	2002-2003 (après 3 mois)	2002-2003 (365 jours), résultats finaux
Nombre EOCA	49	106	218
Nombre patients	23	60	108
Nombre de comportements agressifs	171	420	938

Notre hypothèse, corroborée par les praticiens eux-mêmes, est que les mentalités et les représentations des différents acteurs n'évoluent pas corrélativement au cadre de vie institutionnel. Vis à vis du phénomène de violence, nous retrouvons dans la pratique clinique des réponses du type déni, repli sur soi, désignation ou bien même symétrie cela malgré la tentative d'implémentation d'un outil clinique (descriptif et dialectique) souhaité par les cliniciens.

Une troisième étude est d'ores et déjà prévue. Elle visera à réinscrire un nouvel outil d'évaluation des patients comme outil clinique. Le choix de l'outil, le Staff Observation Aggression Scale-Revisited (SOAS-R) (Nijman, 1999 ; Nijman 2002), devrait permettre de continuer le recueil des passages à l'acte agressifs en rajoutant néanmoins la cible de l'agression, les conséquences pour la(les) victime(s) et les mesures prises pour contenir l'agression. De même, cet outil devrait permettre des comparaisons possibles entre institutions, helvétiques ou non.

Dans les établissements de soins, le concept de risque, habité d'une dimension clinique et d'une dimension organisationnelle inhérentes aux réalités de ces institutions, est chargé d'ambiguïté. Afin de la contourner sinon de la dépasser il est impératif que l'engagement des responsables institutionnels soit à la mesure de la problématique. Le modèle cindynique nous invite à repenser la manière dont les phénomènes de violence sont appréhendés : la méthodologie même prescrit le leadership et l'interdisciplinarité comme des impératifs catégoriques. A défaut, la violence institutionnelle restera une fatalité nourrissant l'éventail des indicateurs managériaux superfétatoires. La qualité de vie des collaborateurs et des patients, la qualité des soins dépendent incontestablement de cet engagement.

L'équipe de projet remercie les équipes soignantes du DUPA qui ont permis la réalisation de cette recherche.

## Bibliographie

Arboleda-Florez Julio, Heather L.Holley, Crisanti Annette, *Maladie mentale et violence, un lien démontré ou un stéréotype?*, Calgary World Health Organization Collaborating Center for Research and Training in Mental Health, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada, 1996

Beauford James E., McNeil Dale E., Binder Renée L., *Utility of the Initial Therapeutic Alliance in Evaluating Psychiatric Patients' Risk of Violence*, American Journal Psychiatry 154:9, September 1997

Bureau, N.; Roy, R.; Gendron, P. ; Millaud, F. : *La judiciarisation des patients psychiatriques : Éléments de réflexion et applications pratiques*, Article publié dans Santé Mentale au Québec, reproduit sur site [www.pinel.qc.ca/psychiatrie\\_violence](http://www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence), nov. 2001

Borum Randy, : *Improving the Clinical Practice of Violence Risk Assessment: Technology, Guidelines, and Training*. American Psychologist, September 1996, Vol. 51, N° 9, 945-956.

Bowers Len, Alan Simpson, Jane Alexander: *Patient-staff conflict: results of a survey on acute psychiatric wards*, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2003) 38: 402-408

Cary L. Cooper, Naomi Swanson, " *Workplace violence in the health sector: State of the Art*" ILO, WHO, ICN and PSI, 2002.

Costargent Georges, Vernerey Michel, *Rapports sur les violences subies par les professionnels de santé*, Rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), France, 2001.110, Octobre 2001

Côté Gilles : *Les instruments d'évaluation du risque de comportements violents : mise en perspective critique*, Criminologie, vol. 34, n° 1 (2001).

Crabbe Jillian, Alexander David A., Klein Susan, Walker Shona, Sinclair John, *Dealing with violent and aggressive patients: at what cost to nurses?*, Ir. J. Psych. Med 2002; 19 (4):121-124

Daffern Michaël, Howells Kevin, *Psychiatric inpatient aggression: a review of structural and functional assessment approaches*, Aggression and violent behavior, 7 (2002) 477-497.

Dawes Robyn M.; Faust David; Meehl Paul E.: *Clinical versus actuarial Judgment*, Science, New series, Vol. 243, N° 4899 (Mar. 31, 1989), 1668-1674.

Di Martino Vittorio, Hoel Helge, Cary L. Cooper, *Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Luxembourg, 2003.

Doyle M., Dolan M. : *Violent risk assessment : combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2002, 9, 649-657.

Duclos, Denis, *Le grand théâtre des experts du risque*», le Monde diplomatique, juin 2002, pp 24 et 25



Eckhardt Christopher, Bradley Norlander, Jerry Deffenbacher : *The assessment of anger and hostility: a critical review*, *Aggression and violent behavior*, 273 (2002) 1-27.

Elbogen Eric B.: *The process of violence risk assessment: A review of descriptive research*; *Aggression and Violent behavior*, 7 (2002) 591-604.

Eronen M., Angermeyer M.C., Schulze B., *The psychiatric epidemiology of violent behaviour*, *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1998) 33:513-523.

Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P., Vanni, A. : *Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients : a 5-year Italian study*, *Acta Psychiatr Scand* 2001 : 104 :273-279.

Grove William M., Zald David H., Lebow Boyd S., Snitz Beth E., Chad Nelson, *Clinical versus Mechanical Prediction: A meta-Analysis*, *Psychological Assessment*, 2000, Vol: 12, N°1, 19-30.

Harris Grant T., Rice Marnie E., *Risk appraisal and management of violent behavior*, *Psychiatric services*, September 1997, Vol.48, n°9, 1168-1175

Jackson D., Clare J., Mannix J. *Who would want to be a nurse? Violence in the workplace- a factor in recruitment and retention*. *Journal of Nursing Management*, 2002, 10, 13-20.

Kaision J-M et al, « *Observation des comportements agressifs des patients: entre devoir d'identification précoce de l'agressivité, risques de stigmatisation et exigences thérapeutiques* », L'Ecrit n°33, novembre 2000

Kerven G., Y. Fournier, C.Guitton et Monroy M., *Le risque psychologique majeur : introduction à la psychosociologie cindynique*, Editions ESKA, Paris 1997.

Nolan Karen A., Czobor Pal, Roy Biman B., Platt Meredith M., Shope Constance B., Citrome Leslie L., Volavka Jan, *Characteristics of Assaultive Behavior Among Psychiatric Inpatients*, *Psychiatric services*, July 2003 Vol.54, n°7, 1012-10016.

Mulvey E.P., Lidz, C.W.: *Clinical prediction as a conditional judgment*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (1998) 33: 5107-5113

Nijman H, Palmstierna T: *Measuring aggression with the staff observation aggression scale-revisited*, *Acta Psychiatr Scand* 2002: 106 (suppl. 412):101-102

Nijman Henk L.I, Muris Peter, Merckelbach Harald L.G.J., Palmsternia Tom, Wistedt Börje, Vos A. M., van Rixtel Ans, Allertz Wiel: *The Staff Observation Aggression Scale-Revisited (SOAS-R)*, *Aggressive Behavior*, vol. 25,197-209, 1999

O'Connell B., Young, J., Brooks J., Hutchings J., Lofthouse J., *Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas*, *Journal of Clinical Nursing*, 9 (4), 602-610.

Paterson Brodie, Leadbetter Davis, Bowie Vaughan, *Supporting nursing staff exposed to violence at work*, *International Journal of Nursing Studies*, 36 (1999) 479-486.

Pesqueux, Yvon, *Le concept de risque au magasin des curiosités*, non référencé, non daté, postérieur à juin 2002

Renzetti C.M., Lee R.M., The problems of researching sensitive topics : an overview and introduction : In *Researching Sensitive Topics* (Renzetti C.M.& Lee R.M. eds), Sage, Newbury Park, California, pp 3-13.

Rippon Thomas J.: *Aggression and violence in health care professions*, *Journal of advanced nursing*, 2000, 31 (2), 452-460.

Steinert, T. : *Prediction of inpatient violence*, *Acta Psychiatr Scand* 2002: 106 (Suppl. 412): 133-141.

Taylor Shirley, White Bob, Muncer Steven, *Nurses' cognitive structural models of work-based stress*, *Journal of Advanced Nursing*, 1999, 29 (4), 974-983.

Tobin Timothy J.: *Organizational determinants of violence in the workplace*, *Aggression and violent behavior*, 6 (2001) 91-102.

United Kingdom Central Council for nursing, Midwifery and health visiting (UKCC) : *The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care*, février 2002

Whittington Richard, Wykes, T.: *Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients*, *British journal of clinical psychology* 1996, Feb; 35, 11-20.

Whittington Richard, Wykes Til : *An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression*, *Journal of clinical nursing* 1996; 5: 257-261.

Whittington Richard, Shuttleworth Stewart, Hill Lynda, *Violence to staff in a general hospital setting*, *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 24, 326-333

Whittington Richard, *Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the "zero tolerance" era: associations with burnout and length of experience*, *Journal of clinical nursing* 2002; 11: 819-825.

## Glossaire

Le **DUPA** (Département Universitaire de Psychiatrie Adulte) est depuis 2003 un des 10 départements du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Hospitalier et ambulatoire, ce département dessert la population du Secteur centre du Canton de Vaud.

Ce département a subi en 1998 une profonde réorganisation en allant d'un fonctionnement sectoriel généraliste vers une organisation en cliniques spécialisées.

Il dispose depuis de 3 types de portes d'entrée dans le dispositif de soins de psychiatrie que sont 1) l'hospitalisation dans une unité de la clinique universitaire, 2) l'urgence et crise ambulatoire au Service de Psychiatrie de Liaison (anciennement CITB) et 3) les traitements ambulatoires (Consultation de Sévelin, réhabilitation)

Il dispose de 3 sections hospitalo-ambulatoires spécialisées (STP, MIN, STAH) et d'une section hospitalière « généraliste » (AOC).

**AOC:** Section Accueil, Observation, Crise.

Structurée à partir de 2 unités hospitalières, cette section « généraliste » a pour mission d'accueillir tous les premiers séjours, d'observer et d'orienter les patients en fonction de critères diagnostiques comme de traiter la crise. Elle est en liaison étroite avec les réseaux internes (autres sections) et externes (médecins traitants, CMS,...) au DUPA.

**CITB:** Centre d'Intervention Thérapeutique Brève (actuellement dénommé « Urgences-crise, Service de Psychiatrie de Liaison)

Situé dans le contexte hospitalier du CHUV, cette unité a pour mission de traiter la crise et l'urgence psychiatrique en ambulatoire.

**MIN:** Section « Eugène Minkowski »

Section spécialisée dans les troubles du spectre de la schizophrénie. Elle est constituée de 2 unités hospitalières et d'une unité ambulatoire (PPU à Sévelin)

**Unité de réhabilitation :**

Unité de jour qui organise sur le site de l'hôpital de nombreuses activités à travers des ateliers occupationnels et thérapeutiques (ergothérapie, l'atelier de la vie quotidienne, le centre de création artistique Césure). Elle accueille des patients hospitalisés et ambulatoires qui viennent y passer la journée.

Elle développe une approche psycho-sociale des pathologies psychiatriques chroniques

**STAH:** Section des Troubles Anxieux et de l'Humeur.

Section spécialisée dans les troubles de l'humeur. Elle privilégie le modèle psycho pharmacologique et les thérapies comportementales et cognitives. Elle est constituée de 2 sections hospitalières et d'une section ambulatoire, anciennement Les Marronniers.

**STP :** Section des Troubles de la Personnalité.

Section spécialisée dans les troubles de la personnalité, elle est articulée autour de 2 pôles que sont l'hospitalier (contenant de crise) et l'ambulatoire (accompagnement à long terme). Elle privilégie la « thérapie dialectique » de Linehan et l'approche par « le minimum optimal »

**La Calypso :** Unité cantonale de sevrage.

Unité de soins spécifique aux sevrages de toxicodépendance (opiacés, cocaïne mais aussi de benzodiazépines). Ouverte depuis 1998, elle accueille des patients de tout le canton, uniquement sur un mode volontaire après entretien et démarches préalables.

### Les différentes catégories diagnostiques CIM-10

F00-F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

F10-F19 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives

F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs)

F40-F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F50-F59 : Syndrômes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F70-F79 : Retard mental

F80-F89 : Troubles du développement psychologique

F90-F98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescent

---

Annexe 1

---

**Erreur ! Liaison incorrecte.**

(Ndrl :Article paru dans la revue « Soins Infirmiers » juin 2003)

Prendre soin des patients gravement atteints :

## Comment gérer l'insoutenable?

YVES DOROGI

Infirmier Spécialiste Clinique

Corps mutilés, déformés, brûlés, ravagés par la maladie: dans de nombreux services, les soignants sont confrontés à des situations de l'ordre de l'insoutenable. Comment faire face sans être submergé de sentiments négatifs et surtout, comment entrer en relation avec des patients dont la souffrance psychique est immense?

Mots clés :

Psychiatrie de liaison

Supervision

Accompagnement

**DEPUIS** quelques années maintenant, je propose des espaces de supervision aux équipes de soins somatiques dans le cadre de mon activité dans le Service de psychiatrie de liaison du CHUV. Mon intervention consiste, entre autres, à accompagner des soignants confrontés à des situations difficiles issues de la relation soignant-soigné et de leur

proposer des espaces de réflexion et d'échanges à distance du patient.

A travers ces rencontres, en côtoyant les équipes et en leur prêtant attention, je suis souvent confronté à un discours, issu de leur réalité quotidienne, teinté d'émotion et d'affliction. Attentif à cette dimension affective, j'observe surtout qu'il est difficile pour les soignants de nommer leurs émotions de manière explicite. Le mal-être ou le désarroi est perceptible, mais sans que celui-ci puisse être réellement verbalisé. L'émotion s'exprime sous d'autres formes, la rendant ainsi momentanément plus supportable.

Cette dimension représente une des problématiques rencontrées par la position même du soignant dans sa pratique. En effet, le malaise est d'autant plus difficile à exprimer qu'il émerge de situations de soins issues d'une relation où l'autre, le patient, est le sujet en souffrance. Ainsi, pouvons-nous face à l'être soigné, nous autoriser à parler de soi en tant que soignant? Pouvons-nous évoquer nos propres sentiments? Et comment pouvons-nous gérer la confrontation à la souffrance du patient? Bien souvent, le malaise, la douleur rendent muet.

Position insoutenable que le soignant doit malgré tout apprendre à gérer.

Au-delà des réponses, ces questions nous amènent à appréhender le soin sous un angle différent, en ouvrant la réflexion sur la dynamique relationnelle et en donnant la possibilité aux soignants de (re)prendre la parole.

C'est au travers de la prise en charge des grands brûlés que je vais tenter d'explicitier mes propos. Le contexte des grands brûlés doit être pris comme un exemple parmi d'autres, car la confrontation des soignants à l'insoutenable ne dépend pas forcément de tel ou tel lieu de soins, de la densité de l'horreur, mais bien plus d'interactions particulières et singulières.

### La prise en charge des grands brûlés

Les considérations qui suivent sont tirées de mon expérience, où j'interviens à la fois auprès du patient et auprès des différentes équipes de soins, et soulignent l'investissement des affects qui se jouent dans l'interaction soignant-soigné.

Mais peut-on, face à l'indicible vécu du grand brûlé, de son traumatisme, de ses douleurs, de l'altération de l'image de soi, de sa souffrance, de sa sidération, de sa perte de sens... évoquer le vécu du soignant et surtout lui donner la parole? Le but est ici de mettre en évidence le bénéfice de cette démarche tant pour le patient que pour le soignant.

### Les réactions du patient

Les réactions psychologiques du grand brûlé peuvent être multiples. Ces réactions évoluent en fonction des différentes étapes de la prise en charge. Dans un premier temps, le patient est confronté à sa survie, tous ses sens seront mis en éveil afin de lutter pour la maintenir, même si celle-ci ne tient plus qu'à un fil.

Le stress, la douleur, la désafférentation, l'anxiété, la modification de l'image de soi, la perte d'identité imprègnent le vécu de la prise en charge et des soins d'une dimension subjective dramatique et effroyable. Face à cela, le grand brûlé met en place des mécanismes de défense et d'adaptation qui lui permettent de fuir la réalité et la douleur par le déni, le retrait, la régression majeure ou le délire. Ces mécanismes aident le patient à supporter l'insupportable, à faire face à l'effroi, à accepter la dépendance absolue dans laquelle il se trouve. Dépendance des soignants, avec qui se créent des liens profonds, intenses, étroits.

L'ineffable de la mort rencontrée par le trauma, cette effraction à l'intérieur de

l'appareil psychique de la réalité de la mort, peut projeter le brûlé face à l'innommable, à l'irreprésentable, à une fracture psychique qui laissera des traces indélébiles. Dans un second temps, l'enjeu pour le patient de se réapproprier son histoire, sa propre vie, de trouver des effets de sens, va se faire notamment au travers d'apports extérieurs, de liens privilégiés avec les soignants.

### Le vécu des soignants

Les soins somatiques aigus sont spécifiques, pointus, lourds, invasifs et intensifs. Le savoir faire, le savoir agir est investi dans le soin précis, méticuleux, localisé, pour les besoins de l'urgence vitale; où la fonction du corps est une représentation médiatisée par les soins somatiques, techniques; où le soignant se défend de l'imaginaire, privilégiant le faire. Mais les infirmières représentent aussi l'environnement immédiat et présent en assumant un soutien régulier pour répondre aux besoins de base du grand brûlé. Laver, nettoyer, nourrir, panser, mobiliser... et aussi écouter les plaintes du patient: ses douleurs, ses angoisses, sa souffrance. Cet environnement doit être en mesure d'écouter, de soutenir, de contenir et de croire ce que la victime a à lui dire, sans subir lui-même trop de pression et d'émotion débordante, sans être trop sidéré par ce qu'il entend ou ce qu'il imagine.

Ainsi, de par cette position, ces personnes sont elles-mêmes très bousculées dans leurs imaginaires, leurs représentations et leurs mécanismes d'identification.

Ici, dans ce corps – à – corps, le soignant ne peut échapper à la vision du corps brûlé, à l'image réelle de l'horreur indicible, évocatrice et représentative du trauma vécu par le patient.

### Une aide compréhensive pour ne pas rester « prisonnier au fond des tripes »

Dans le cadre d'une supervision, l'équipe infirmière amène la situation d'un patient hospitalisé pour la deuxième fois pour un traitement de chimiothérapie.

La problématique abordée est celle de l'évaluation de la douleur où les soignants se sentent déstabilisés par les réponses que donne le patient, celles-ci paraissent en discordance avec l'observance des signes infra-verbaux, au point qu'ils s'interrogent sur la véracité des propos du patient.

Monsieur R., d'origine italienne, la soixantaine, est suivi depuis plusieurs années pour des douleurs liées à des adénopathies axillaires. Selon la connaissance des soignants, différents traitements lui ont été proposés mais sans réel succès. C'est au cours de l'un d'eux qu'on a pu identifier une tumeur maligne de type angiosarcome, raison pour laquelle le patient est au bénéfice d'un traitement oncologique.

Durant la première hospitalisation, le patient a présenté des douleurs insupportables durant près de trois semaines, mettant en échec les différentes thérapeutiques, au point qu'une sédation massive avait été envisagée. Le patient hurlait, ne dormait presque plus, grimaçait, grinçait des dents... Finalement, c'est après avoir pu objectiver un problème technique lié au traitement d'antalgie que la situation s'est légèrement améliorée.

Actuellement, il est au début de son deuxième séjour. Les soignants observent des signes démontrant une amélioration: «... il dort, il a le visage détendu, il ne réclame pas ses «réserves»...». Mais les soignants se sentent déstabilisés par les réponses que peut donner le patient sur l'intensité de ses douleurs: «... il signale une douleur à 7 ou à 8» (échelle de 0 à 10). Face à cette discordance, tout est mis en oeuvre pour essayer d'affiner l'évaluation, exprimant le désir de ne pas se retrouver dans la situation antérieure. Les infirmières qualifient cette dernière période comme *insoutenable*, elles ont été confrontées à l'horreur d'un patient en souffrance qu'aucun soin ne pouvait soulager.

Face à cela elles peuvent, ici et maintenant, exprimer leur impuissance, leur tristesse, leur désarroi, leur sentiment d'échec, leur colère aussi. Sentiments qui révèlent l'intensité de la relation avec ce patient lors de cette première hospitalisation, et dont elles portent encore la charge émotionnelle.

Ainsi, nous comprenons que ce besoin de clarifier la douleur du patient est porté, en partie, par l'angoisse des soignants issue de leur vécu traumatisant. Vécu qui n'a pas pu être réellement élaboré mais qui est resté « prisonnier au fond des tripes », sans doute pour le rendre plus supportable. Mécanisme inconscient qui ne peut être totalement efficace, laissant ainsi émerger en surface des tensions qui se rejouent, dans la relation.

A l'aide d'un jeu de rôle, les infirmières expérimentent les possibles d'une approche non centrée exclusivement sur l'évaluation de la douleur. Amenant par là une écoute ouverte de la souffrance de ce patient qui vit une histoire médicale lourde, souffrance qui s'inscrit aussi dans une histoire personnelle, relationnelle et sociale.

En conclusion, la mise en mots de cette problématique a permis aux soignants de s'inscrire dans une démarche réflexive. En se soulageant de leur forte charge émotionnelle, ils ont pu identifier leurs propres limites et les enjeux de cette interaction pour ensuite ajuster leur offre en soins aux besoins du patient, tout en tenant compte de sa souffrance et de la complexité de sa situation.

#### Une interaction psychologique intense

Pour le patient, la modification de l'image de soi, le vécu de la prise en charge, le trauma, provoquent un chaos affectif. Celui-ci,

représentatif des mécanismes psychoadaptatifs, s'inscrit inexorablement dans la relation soignant-soigné. De cette forte interaction psychologique, les mécanismes de défense des soignants sont



fortement ébranlés. Il y a une déstabilisation de ce fragile équilibre relationnel avec comme répercussions des mouvements allant d'une forte proximité affective à une mise à distance voire un rejet.

Les mécanismes de défense des soignants sont des processus nécessaires, automatiques et souvent inconscients. Ils sont là en réponse légitime à leur propre blessure, lorsque les soignants sont fortement impliqués, en proie au trouble, au chagrin ou à l'affliction en fonction d'imprévisibles résonances affectives.

Cette déstabilisation, cette détresse, cette souffrance du soignant est ce-pendant loin de la souffrance «en soi» du malade ou de la souffrance du proche, car si elle est souffrance, elle est aussi sans d'un investissement relationnel dans l'altérité.

### La mise en mots

L'exemple de la prise en charge des grands brûlés peut être perçu comme extrême, il n'en demeure pas moins que dans tout type de prise en charge, quelle qu'elle soit, il existe des phénomènes psychologiques similaires qui peuvent s'intriquer dans l'interaction soignant-soigné. Comme nous l'avons vu, les mécanismes défensifs des soignants peuvent être fortement ébranlés, déstabilisant par là même l'équilibre relationnel. Ainsi, dans ces situations, le soignant ne peut échapper à sa propre souffrance. Ce déséquilibre, s'il se répète ou s'il perdure, peut être à la source de difficultés au niveau des soins, et finalement délétère pour le patient.

Ainsi, nous pourrions postuler que s'intéresser au vécu du soignant face à l'insoutenable, peut être vu comme une opportunité d'une mise sous tension de la dynamique soignant-soigné. Dans le sens où la notion d'«insoutenable» (qui ne peut être soutenu) met en évidence cet aspect paradoxal de la position du soignant, il peut dans la réalité se traduire par un rejet ou au

contraire par une for-te proximité relationnelle.

Il s'agit donc de redonner la parole aux soignants. Pour cela, nous proposons des espaces de supervision, réguliers ou ponctuels, que nous organisons en collaboration avec les équipes qui en font la demande. Ce partage se fait bien entendu à distance du patient mais toujours en lien à une situation clinique. Le travail de mise en mots de la dynamique relationnelle se fait donc à l'aide d'un tiers.

La supervision peut être définie comme une démarche d'acquisition d'une vision globale d'une situation professionnelle. C'est un processus dynamique qui vise également une plus grande compétence clinique.

Ici, nous essayons de comprendre le ressenti de chacun, dans le respect, en les autorisant à exprimer leurs certitudes, leurs doutes, et leurs difficultés. Il s'agit aussi d'évoquer l'angoisse et le désarroi qui accompagnent leur prise en charge tout en leur permettant, en même temps, de se confronter au désir permanent de guérison en s'immergeant dans le savoir et le savoir faire. Parfois, nous parlons de l'impuissance à ne pouvoir guérir. Nous les aidons également à identifier les mécanismes défensifs des malades en reconnaissant leurs propres mécanismes défensifs pour les admettre en tant que réponses légitimes à leur appréhension. Processus permettant d'accepter de se défendre de l'angoisse, sans l'alourdir de l'angoisse de devoir s'en défendre.

### Retrouver la «bonne» distance

Ce processus réflexif permet de restaurer la dimension subjective des soins et de la relation à son patient pour, idéalement, tenter d'instaurer à nouveau une «bonne» distance avec celui-ci.

En conclusion, nous pourrions dire que cette approche tend à apprivoiser l'écoute, à accepter aussi d'être dépositaire d'une souffrance sans réponse. Cette

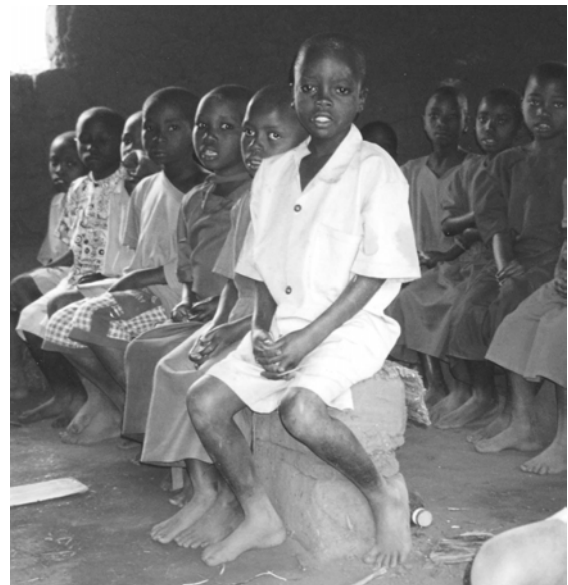
démarche peut permettre au soignant d'admettre de cheminer avec ses forces et ses failles en dépit de l'usure et de l'impuissance, de l'émotion et de la détresse à devoir si souvent prendre à bras le corps la terreur et l'effroi du malade.

*Références :*

- E. Bonvin:* Psychologie du grand brûlé. Revue médicale de la Suisse romande, 118, 1998.  
*F. Lebigot:* La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement. Revue francophone du stress et du trauma, 2001; 1(1).  
*O. Dufour:* La supervision en soins infirmiers. Objectifs Soins, nos 67 et 68, 1998.  
*Y. Dorogi:* L'implication de l'infirmier en psychiatrie de liaison. Soins infirmiers 11/2001.
- 

## Mission d'évaluation au Rwanda : Comment garder son humilité ?

Marine Grossenbacher  
Infirmière, Service de Psychiatrie de Liaison.



Le mot « humanitaire » résonnait de manière magique dans mes idéaux personnels et professionnels. Cet idéalisme était-il empreint par mes expériences antérieures de voyages et de travail à l'étranger qui m'avaient enivrée ? J'avais déjà pris cette chance de rencontrer un pays en travaillant à Rome et en Israël et en étudiant l'allemand à Berlin.

Il fallait me confronter à cette attirance avant de tendre vers une forme de frustration. J'ai alors délibérément amené mes choix professionnels vers les milieux somatiques puis psychiatriques pour asseoir et étoffer

mon bagage professionnel. Restait alors l'ultime formation de médecine tropicale à accrocher à ma ceinture. J'ai décidé de m'offrir ce dernier anneau qu'au terme d'une expérience à l'étranger et de tester cette idée « magique » dans la réalité du terrain.

En octobre 2002, je suis partie six mois et demi au Rwanda dans le cadre d'un projet conjoint du Département Missionnaire (DM) basé à Lausanne et de l'Église Presbytérienne du Rwanda (EPR). Pour la première fois, le DM avait ce besoin de connaître puis comprendre les stratégies de fonctionnement des différents centres de soins de l'EPR au Rwanda. L'EPR a toujours eu à sa charge la gestion de paroisses mais également d'hôpitaux, de centres de soins, d'écoles (primaires, secondaires et supérieures) et d'une auberge. Ces mois d'évaluation devaient permettre à ces deux instances de voir spécifiquement, quels postes pouvaient être créés pour renforcer les différents centres de soins.

Les principes du DM se basent sur les échanges nord-sud pour de meilleures rencontres, partages et compréhensions entre les cultures. Cet organisme vise depuis peu à professionnaliser les personnes envoyées. Ces échanges de personnes étaient précédemment composés d'hommes d'église ou de jeunes effectuant des stages découvertes de 2 mois.

Avant de fouler ces terres d'Afrique, j'avais assemblé des idéaux pour les semer de manière plus concrète. J'ai rapidement été confrontée à une mosaïque d'images et de souvenirs de souffrance, d'humiliation qui se perpétuent de génération en génération. Je restais offusquée de voir les rouages du décolonialisme progressant difficilement cran par cran.

C'est gonflée de cette énergie que les vertes collines m'ont accueillies pour plusieurs mois de travail en brousse. Dans ce contexte, mon regard n'a pu se voiler devant les pourcentages qui ne virevoltaient plus sur papier mais s'ancraient dans la réalité d'un pays. La chaîne de l'économie de subsistance qui se resserre sur 35% de cette population qui vit avec moins de 1 dollar par jour, les paysans rwandais qui restent pris dans l'engrenage de la précarité.

Pour digérer cette vérité douloureuse, j'ai porté mon évaluation vers une collaboration, un partage de connaissance pour les aider à gagner une indépendance qui valorise leurs capacités. Selon moi, il fallait fuir cette tutelle de souffrance, échapper à la pauvreté morale et à la succession d'échecs. Mais cette prise en compte de leurs capacités propres ne fut généralement pas suffisante aux yeux de mes collègues rwandais. Était-ce dû à leur dépendance vis à vis du nord et par la présence si engagée des ONG après le génocide de 1994 ?

Il y a bel et bien eu boulimie d'aide qu'il est difficile aujourd'hui de stigmatiser. La conséquence reste que seul l'aide financière trouvait valeur et sens pour les rwandais, ce qui ne coïncidait pas avec mon mandat d'évaluation et mes propres valeurs.

Comment les aider à se réapproprier une fierté, un esprit nationaliste puis s'engouffrer vers une indépendance à la fois morale, économique et politique ? Ce pays ne trouve-t-il pas la force d'affronter les réminiscences coloniales, de construire une nouvelle base éthique et démocratique trop juvénile ? Pourtant le Rwanda ne peut plus faire l'économie de se voir confronter à son passé et à ses idées. Ce pays reste sous le joug de la communauté internationale et des ONG jusqu'aux élections démocratiques en automne 2003.



J'ai donc dû me positionner, certaine fois de manière très ferme, pour signifier mes intentions professionnelles qui se devaient de rester cohérentes avec mes affects. J'ai ainsi prodigué, durant mes 2 premiers mois, des cours de psychiatrie clinique et de suivis sur des lieux de stage pour des élèves finalistes d'une école de sciences infirmières. J'ai eu ce déchirement de rendre espoir et volonté à ces jeunes générations alors que la réalité restait accablante pour moi.

Lorsque mes yeux d'européennes ont pu s'initier à la réalité des hôpitaux de brousse, j'ai collaboré durant 2 mois avec les équipes infirmières et médicales en place. J'ai pu trouver une clarté dans les yeux de jeunes mères et de leurs enfants dans les services de maternité, de planification familiale et de nutrition. Ce fut expérience riche de travailler au milieu d'un arc-en-ciel de scènes de vie faites de femme en paghes éclatants, le dos chargé de nourrissons et d'enfant jouant et riant de leur découverte. Ce sont les détails qui animent les relents d'espoir, de motivation et de curiosité à œuvrer au milieu de ce puzzle d'Afrique. J'ai pu voir ainsi briller cet espoir en cuisinant avec les femmes qui effectuent l'apprentissage de la confection d'un repas équilibré. Il y avait nécessité de faire reculer une négligence, une

ignorance qui fait que la malnutrition éventre la vitalité joyeuse des enfants. Puis se battre pour condamner l'accumulation de malheur, la venue des démons qui sont colportés pour expliquer la maladie, la malnutrition, la mort, la folie.

Cette folie peut uniquement être palpée et admise dans le seul lieu psychiatrique du pays. Cet hôpital, également rattaché à un centre de consultation ambulatoire situé au cœur de la capitale, a profité du soutien des centres psychiatriques de Genève et de la Belgique lors de sa reconstruction après le génocide. Des échanges d'idées et de compétences se font encore à ce jour, ce qui n'entrave nullement l'émancipation de cet organe.

Suite à mon émerveillement mêlé de bouleversements multiples, en connaissant et en goûtant à la vie de brousse, j'ai pu me délecter durant mes 2 derniers mois en vivant dans la capitale : Kigali.

Ville vrombissante faite d'amas de pierres et de tôles détronant les bananiers des vertes collines. Le tumulte des bidons-villes de Kigali faisait écho aux bouleversements ressentis lors de ma confrontation avec ma mission humanitaire d'évaluation et ma vie parmi les indigènes.



Voici comment j'explique et exprime ma rencontre avec l'humanitaire et ce continent. J'avais choisi de toucher à son grain, de m'y frotter. Ma peau est restée même mais mes émotions, mes idéaux ont appris la modestie face à ce peuple. Car l'Afrique reste un patchwork fait d'espoirs, de blessures, de couleurs, de rires et de chants qui s'entremêlent. Ces scènes de vie qui se cousent entre elles ne peuvent que toucher

un regard naïf venu du nord. J'ai fait ce cheminement en observant les rites, les liens ardent existant pour supporter et contenir la dureté d'une vie au Rwanda. Ce scénario qui s'est tissé devant mes yeux m'a aidé à m'émerveiller aujourd'hui sur d'autres réalités : celles de mes racines, de mon pays. Ma chance est là de me réancrer dans ma vie privée et professionnelle en Suisse.

