

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte
(DUPA)

Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



Sommaire

Observation des comportements agressifs des patients hospitalisés: entre devoir d'identification précoce de l'agressivité, risques de stigmatisation et exigences thérapeutiques.

Jean-Michel Kaison*, Didier Camus**, Yves Cossy***, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) CH. Prilly-Lausanne.

*Directeur des soins infirmiers, ** Infirmier clinicien, *** Infirmier chef d'unité de soins

Equipes infirmières somatiques et infirmier psychiatrique de liaison : La question de la relation soignant/soigné.

Yves Dorogi, infirmier psychiatrique de liaison, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) CH. Prilly-Lausanne.

Observation des comportements agressifs des patients hospitalisés: entre devoir d'identification précoce de l'agressivité, risques de stigmatisation et exigences thérapeutiques.

Résumé

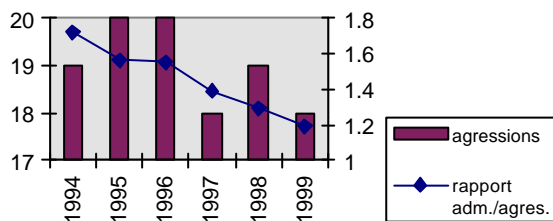
L'absence d'une définition claire de la dangerosité et de la violence en psychiatrie, ainsi que le constat d'échec général des outils de prédiction ne doivent pas interrompre le développement du management des risques dans l'institution. Nous proposons l' utilisation d' une échelle d'observation des comportements agressifs qui s'inspire largement du modèle de l'OAS (Overt Aggression Scale) développée par Yudofsky et ses collaborateurs. Il s'agit d'améliorer la qualité de l'observation infirmière et, ce faisant, d'utiliser l'OAS comme un médium pluridisciplinaire d'une part, et comme outil de communication avec le patient concerné, d'autre part. Entre banalisation et stigmatisation, nous restons attentifs au besoin de sécurité du personnel soignant et aux risques d'exclusion des patients "dérangeants".

Mots clés: Violence - dangerosité - sécurité - exclusion - échelles prédictives - échelles d'observation

"On dit d'un fleuve qu'il est violent parce qu'il emporte tout sur son passage, mais nul ne taxe de violence les rives qui l'enserrent" Bertold Brecht

Même si elle semble concerner un nombre limité de patients¹ (tableau 1), la violence interroge la sécurité du personnel soignant et des patients eux-mêmes, et demeure une question centrale pour les praticiens. Pourtant il reste très difficile d'en préciser le concept même si nombre d'auteurs ont tenté de le rendre plus palpable. Une revue de la littérature montre la difficulté d'élaborer un langage commun à tous les cliniciens. De même, la question de la prédiction d'agirs violents trouve

Tableau 1 : évolution des agressions au DUPA



des réponses radicalement opposées: au delà des débats idéologiques qui entourent le concept de dangerosité c'est bien l'utilisation de grilles prédictives opérantes qui est équivoque. De nombreuses recherches récemment entreprises montrent la faible capacité des cliniciens à prédire un comportement violent, du moins à moyen ou long terme et la prédiction de la violence demeure hasardeuse². La pathologie clinique est pour ainsi dire piégée par les phénomènes de violence et doit incliner le praticien à la prudence³. Aux facteurs statistiques et environnementaux propres au patient (milieu socioculturel, antécédents de délits violents, l'âge, le sexe, les origines, la consommation de drogue, d'alcool...) viennent s'ajouter, en milieu institutionnel, des phénomènes que nous résumerons sous le terme de violence iatrogène. Second écueil. Whittington et Wykes⁴ notent que, dans la grande majorité, les manifestations agressives (86%) sont précédées de formes de stimulations négatives de la part des soignants. Les facteurs environnementaux et interpersonnels (institution) se greffent donc sur les facteurs

psychopathologiques et biologiques (patient) comme inducteurs de violence.

Définitions

Agression: "Toute interaction violente soigné-soignant avec dommage corporel ayant donné lieu à une déclaration d'accident du travail par l'employeur de la victime"⁵

Il s'agit là d'une définition restrictive, asséurologique pourrions-nous dire, qui ne rend pas compte, à notre avis, de la complexité du phénomène. C'est cette approche que nous avons retenue jusqu'alors et qui servait de référence à l'élaboration de statistiques des accidents professionnels sur le site de Cery⁶ (tableau 1)

Sur la base des remarques des praticiens confrontés à cette problématique ainsi que d'événements marquants dans notre institution nous pouvons élargir cette définition et nous rallier à la terminologie suivante:

Le **patient dangereux** est celui qui est susceptible de commettre un passage à l'acte violent, celui qui peut avoir posé des gestes violents ou non. Il peut-être dangereux vis-à-vis de lui-même ou d'autrui.

Le **patient agressif** est celui qui exprime une pulsion dont le contrôle est incertain. Nous sommes dans le registre de l'expression pulsionnelle.

Le **patient violent** est celui qui a déjà posé des gestes sur autrui et continue de le faire. Il pourrait aussi être qualifié de dangereux et d'agressif. Mais il se situe plus franchement, à la différence des deux autres types peut-être au niveau de l'agir seulement⁷. On trouve là une cohérence avec les différenciations sémantiques de J. Talbot⁸: l'agressivité (un affect), la dangerosité (la fantasmagorie), la violence (le passage à l'acte).

De statique, le concept devient dynamique. Cela ne le rend pas plus scientifiquement rationnel, du moins s'inscrit-il dans la sphère de l'évaluation clinique.

La prédiction des agirs violents

Tous les auteurs, nous l'avons vu, ne s'accordent pas sur la valeur et le fondement des critères prédictifs de la dangerosité des patients.

Toutefois, une étude menée par Bonsack Ch.⁹ en 1997, selon la méthode HoNOS (Health of Nation Outcome Scale), concernant 99 patients présents un jour donné à la clinique, présente les résultats suivants: 25% des patients évalués présentait une problème grave de comportement agressif au moment de l'admission et 8% en cours de séjour. Il en ressort que les mesures de prévention sont importantes à l'admission où le risque est plus élevé.(Tableaux 2 et 3).

Tableau 2

L'échelle du comportement du HoNOS

Comportement hyperactif, agressif, perturbateur ou agité

Inclure toute agression quelle qu'en soit la cause (ex. drogues, alcool, démence, psychose, dépression, etc.)

0 Aucun problème de cette nature durant la période considérée

1 Irritabilité, disputes, nervosité, etc. ne requérant pas d'intervention.

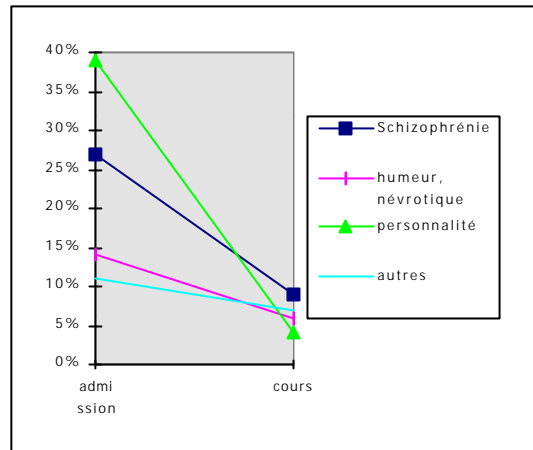
2 Inclure les gestes agressifs comme bousculer ou importuner autrui; les menaces ou agressions verbales; les dommages mineurs à la propriété (ex. casser une tasse, un fenêtré); une hyperactivité marquée ou une agitation.

3 Physiquement agressif envers autrui ou des animaux (à la limite de la cotation 4); comportement menaçant; hyperactivité ou dommages à la propriété plus importants.

4 Au moins une agression physique grave d'autrui ou d'animaux; dommages graves à la propriété (ex. incendie); comportement gravement menaçant ou obscène.

Tableau 3

Evolution des comportements agressifs entre l'admission et en cours d'hospitalisation



Une autre étude, menée au CHP de Pau (F) en 1997, a permis de dégager des profils cliniques annonciateurs de passages à l'acte, mais dans le très court terme et dans un service donné¹⁰.

La prédiction, sans doute possible à court terme, reste spécifique à certains contextes et Pollock¹¹ confirme la non-fiabilité des approches cliniques pour la prédiction de la dangerosité.

Rappelons aussi, que les risques de violence ne sont pas plus élevés dans l'institution psychiatrique que dans la communauté¹², bien qu'il soit démontré qu'un patient psychiatrique qui commence à utiliser la violence a plus de chance de récidiver^{13et14}.

L'exclusion

Les patients violents sont ceux qui nous menacent, menacent notre identité en tant que sujet ou en tant qu'équipe soignante (ou même parfois en tant qu'institution). Par là même, la confrontation à des patients violents ou potentiellement violents suscitent des réactions diverses qui amènent la plupart du temps des distorsions dans les communications interpersonnelles¹⁵. Elles peuvent générer alors des conflits d'équipe où s'affrontent des désirs d'exclusion et de fusion. Talbot¹⁶ insiste sur les réactions contre-transférentielles (ou, si la référence analytique semble abusive, la contre-attitude, entendue comme l'attitude, individuelle ou collective vis-à-vis d'un patient, du personnel engagé dans le soin¹⁷) et les risques de fuite, de banalisation des messages, qui conduisent à la sous-évaluation du potentiel de dangerosité (le patient se voit confirmer dans sa toute-puissance); inversement une surévaluation de cette dangerosité peut contaminer la situation

clinique et conduire soit au rejet soit à l'exclusion. Dans l'un comme dans l'autre cas, la violence n'est plus pensée à partir de ce qu'elle induit, ni comme phénomène à analyser pour prendre ainsi la distance nécessaire à l'élaboration de la situation critique¹⁸.

La (les) victime(s)

La violence peut être de nature psychologique telles les menaces verbales ou attitudes non verbales menaçantes, ou physique, contre les personnes ou les objets. Psychologique ou physique, la violence représente la mise en acte des affects et des mouvements émotionnels qui leur sont liés¹⁹. Quelle qu'elle soit, elle vient toujours mettre en péril notre intimité la plus profonde²⁰.

L'agression physique, ressentie comme un constat brut de déni d'existence, qui met à mal l'image de soignant, laisse des traces parfois difficilement cicatrisables. Il faut donc insister sur les réactions émotionnelles chez les victimes d'agression et les risques de suite à type de stress post-traumatique (tableau 4).

Les risques de victimisation sont quantitativement importants au long de la carrière professionnelle. Les intervenants cliniques sont en effet exposés aux facteurs victimogènes du fait de contacts professionnels quotidiens avec des patients ayant notamment déjà manifesté des comportements violents ou susceptibles de passer à l'acte.

Tableau 4

Critères DSMIV de l'état de stress post-traumatique
A. Exposition à un événement traumatique comportant les deux éléments suivants:
1. Evénements avec menace ou atteinte de l'intégrité physique du sujet ou d'autrui
2. Réaction traduite par peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur
B. L'épisode traumatique est constamment revécu
C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale
D. Persistance de symptômes traduisant une activation neuro-végétative
E. Perturbation dure plus d'un mois
F. Souffrance cliniquement significative avec altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

L'on sait par ailleurs, que l'insécurité, la violence ne sont pas sans incidence sur la qualité des soins. Une double étude suédoise²¹ menée à trois reprises dans un hôpital, à deux ans d'écart montre que l'expérience de la violence au travail est corrélée à une baisse d'efficacité, de vivacité mentale, de participation aux processus de travail et aux décisions ainsi qu'à une augmentation du niveau de stress²².

Qualité des soins et santé des soignants, cela suggère l'importance de mettre en œuvre des stratégies concrètes d'intervention.

Notre projet tente de répondre à la double contrainte qui est la nécessité de posséder des outils d'information et d'évaluation tout en reconnaissant le constat d'échec du concept de dangerosité comme instrument de prédiction, et les effets pervers d'une surévaluation de la dangerosité.

Modèle proposé

Forts de tous les constats énumérés plus haut, et pour une approche pragmatique de la gestion de la violence nous nous sommes appuyés sur les travaux de Yudofsky²³ et l' Overt Aggression Scale (échelle d'agressivité manifeste) publiée en 1986, disponible en langue française depuis 1989. Construite en terme de cibles visées elle répertorie l'agressivité verbale d'une part, l'agressivité contre les objets, contre soi-même et contre autrui, d'autre part.

L'intérêt de cette échelle tient en la description de comportements observables et quantifiables. Lors des différentes études de validation, l'échelle a fait la preuve de sa maniabilité, de sa sensibilité (de détection des épisodes agressifs) et de sa fidélité.

Il existe une cotation officielle de l'échelle OAS: l'agressivité verbale est notée de 1 à 4, l'agression physique envers les objet de 2 à 5, l'agression physique envers soi-même et tournée vers les autre de 3 à 6. Plusieurs scores peuvent être utilisés mais le sens de la note totale reste

discutée, ainsi que les limites incertaines entre différents degrés.

Nous mêmes avons opté pour une *échelle de sévérité* pondérée comme l'OAS, donc discutable. Mais autant que le score c'est la courbe dans le temps des manifestations agressives qui nous importait. En effet, l'objectif, double, est pour nous (1)d'améliorer la qualité de l'observation du comportement des patients agressifs hospitalisés et de pouvoir également(2) établir une corrélation entre l'évaluation, les mesures prises et leur efficacité.

La version originale de l'OAS suppose cocher les items de l'échelle lors de chaque comportement considéré comme agressif en notant la date, l'heure et la durée de l'épisode, soit un document par épisode. Notre expérience clinique nous indique que nous pouvons d'une part simplifier la prise de données, et d'autre part éviter une récolte trop abondante d'OAS compte tenu des cibles visées, notamment l'item 1 et une partie du 2. Comme précisé plus haut, il nous importait de pouvoir tracer sur un même document l'évolution des comportements agressifs d'un même patient, dans un temps que nous avons fixé à 24h, découpées en tranches de 1 heure, par document.

L'échelle de sévérité que nous proposons comprend donc deux axes: verticalement elle indique les champs des manifestations agressives, horizontalement les séquences temporelles de ces comportements.

Etude clinique épidémiologique

1 - Description

Buts

- Confirmer la maniabilité de l'échelle et évaluer son utilité auprès des équipes infirmières.
- Posséder des informations plus complètes sur les épisodes agressifs tels que définis par l'OAS, par un relevé systématique.

Hypothèse

Les signalements des comportements agressifs sont sous-évalués ainsi que leur relevé dans les notes infirmières. Dès lors, ces comportements sont rarement contextualisés et analysés. On néglige ainsi le niveau de reconnaissance du problème par le patient et les aspects contre-transférentiels générés chez les soignants.

2 - Méthodologie

Outils

- L'échelle d'observation infirmière des comportements agressifs: voir ci-dessus et annexe 2.
- Un questionnaire d'évaluation de l'échelle: voir annexe 3.

Population

Cette étude est menée sur une période de 1 mois (15 juin 2000 au 15 juillet 2000: 31 jours) dans 7 unités hospitalières de soins. La population est simplement constituée des patients présents dès le 15 juin et hospitalisés tout ou partie de la période considérée, ainsi que des patients admis dès ce jour et pendant la période considérée.

Consigne

Il n'est procédé à aucune évaluation spécifique préalable de la dangerosité de cette population. La consigne était de demander aux équipes infirmières de (1)remplir l'échelle lors de chaque comportement agressif qui répondait aux définitions de l'échelle, en cochant les cases des items concernés dans la tranche horaire ad hoc, en précisant pour chacun des comportements le lieu de sa survenue et la mesure prise (champ des manifestations agressives) et de (2) compléter l'échelle de sévérité temporelle.

Enfin, (3)chacun(e) des infirmiers(ières) des 7 unités incluses dans l'étude devait répondre à un questionnaire d'évaluation de l'échelle, soit 72 collaborateurs.

3 - Résultats

3.1 Echelle d'observation infirmière

- Les 31 jours de l'étude représentent 2339 journées-patients (moyenne 75.5 patient /jour) et 155 admissions ont été enregistrées pendant cette période.

3.1.1 Comportements agressifs

- 49 échelles d'observation ont été remplies pour un total de **171 comportements agressifs** identifiés.
- **23 patients** sont concernés

Le **tableau 5** (annexe 1) illustre les comportements agressifs recensés, item par item, avec pour chacun d'entre eux le nombre d'agressions et leur importance en pour-cent pour l'item considéré et pour le total des agressions. L'échelle de sévérité associée permet de dégager et le nombre de comportements agressifs pour chacune des 6 notes et l'importance de chaque item par note.

Parmi les 171 agressions recensées les agressions verbales sont les plus importantes (60.8%) tandis que les agressions envers les objets représentent 25.2% du total et l'hétéroagressivité physique 10.5%. Avec 3.5% les auto-agressions physiques sont plus rares.

45% des **agressions verbales**, soit 27% des agressions totales, sont notées 1 et 45 %, soit 27% des agressions totales, sont notées 2 et 3. 11.5% des agressions verbales, soit 7% du total des agressions, sont les expressions claires de menaces envers les autres ou envers soi-même, notées 4.

47% des **agressions envers les objets**, soit 12% des agressions totales, sont notées 3 et 37%, soit 9% des agressions totales sont notées 2.

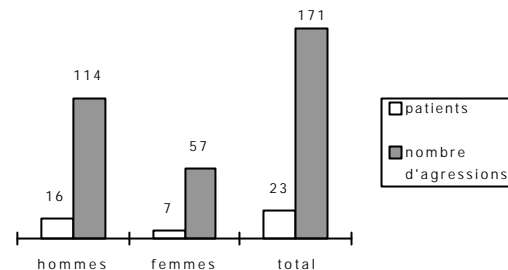
67% des **auto-agressions physiques**, soit 2.4% des agressions totales sont notées 4 et 6. 5.3% des agressions totales sont des **manifestations hétéro-agressives**.

3.1.2 L'échelle de sévérité montre que 32% des agressions (54) sont notées 3, et qu'un peu

plus de 50% des agressions (86) sont notées entre 3 et 6.

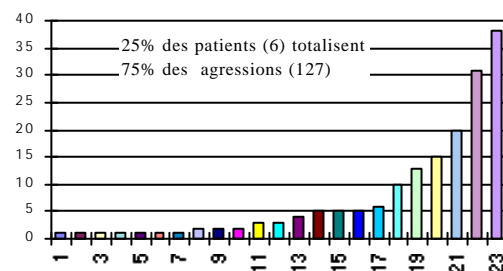
Si l'on fait abstraction de l'item 1 (agressions verbales) 37% des agressions (63) sont notées entre 3 et 6.

Répartition par sexe



Si les femmes sont moins nombreuses à manifester des comportements agressifs (moitié moins) le nombre moyen des agressions qu'elles commettent par épisode (8) est supérieur à celui des hommes (7).

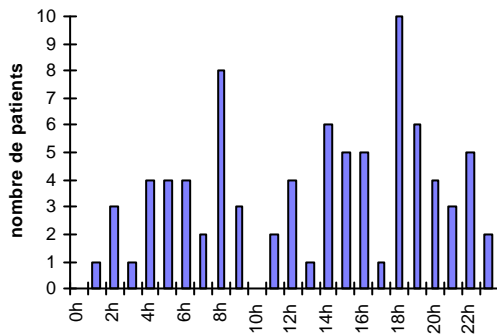
La répartition des comportements agressifs par patient nous indique qu'ils sont cumulés par un petit nombre de patients ce qui est conforme à la donnée de la littérature.



Age des patients

Les 23 patients concernés sont distribués de manière non significative entre 20 et 64 ans.

Heure de l'agression



Le critère retenu ici est l'heure, et ce indépendamment du nombre réel de patients et du nombre réel de manifestations agressives: un patient peut manifester un ou plusieurs comportements agressifs (épisode) à des heures différentes de la journée .

On constate que **8h** et **18h** sont les heures pendant lesquels les patients (N=84) manifestent un ou des comportements agressifs.

Jours du mois

Selon les mêmes critères que précédemment on retiendra que 40,5% des patients (19) manifestent un comportement agressif (N=47 échelles d'observation /49) le week-end.

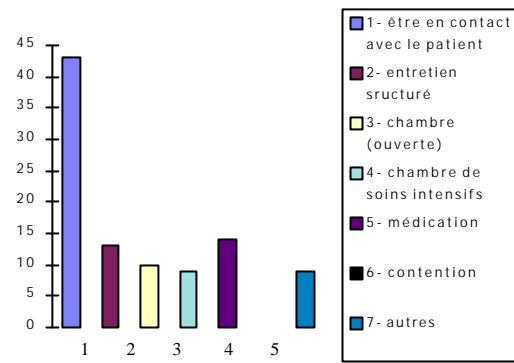
Admission versus cours d'hospitalisation

37% (N=45 échelles d'observation /49) des comportements agressifs ont lieu pendant la semaine (7 jours) qui suit l'admission.

Seuls 4 des 155 patients admis durant l'étude ont présenté un comportement agressif le jour de l'admission (2.5%).

Mesures prises

Les cliniciens avaient à disposition une grille de mesures courantes (voir annexe) en réponse à un comportement agressif.



13 comportements agressifs ne trouvent pas de mesures corrélées soit parce que l'indication fait défaut sur le document soit parce qu' aucune mesure n'a été effectivement prise.

3.1.3 Commentaires

La courte période d'observation et des échelles incomplètes doivent nous rendre prudents à la lecture des résultats qui ne reflètent certainement qu'une réalité approximative. Toute interprétation statistique se fera donc avec la réserve de circonstance, suivant la question soulevée.

Ceci étant, on peut néanmoins considérer que la violence est tangible et significative dans les unités de soins hospitalières du DUPA:

La définition asséurologique relevée en page 2 et les éléments statistiques qui en découlent (tableau 1) sont insuffisants pour décrire la complexité et les difficultés de la pratique clinique. A la suite de cette étude on cerne mieux quantitativement et qualitativement les manifestations agressives des patients; et l'hypothèse selon laquelle (1) les signalements des comportements agressifs sont sous-évalués est vérifiée dès lors que l'on admet les cibles visées par l'OAS et (2) une documentation y relative incomplète, partant avérée.

Au regard de la littérature et de l'étude Bonsack on peut être surpris de ne pas voir se confirmer le fait que les troubles du comportement surviennent dans les premières heures de l'admission. Sans doute la durée de notre enquête ne permet-elle pas des résultats statistiquement significatifs, mais plus probablement les objectifs et les cadres hétérogènes de ces études ne tolèrent-ils pas d'analyses comparatives. On peut donc y voir

des effets de contexte préalablement mentionnés qui souligneraient la difficulté de prédire les manifestations agressives sur la seule base de grilles évaluatives et/ou diagnostiques.

Les facteurs de risques individuels des passages à l'acte apparaissent potentialisés par des caractéristiques institutionnelles: les épisodes agressifs surviennent à des heures et des jours pendant lesquels les activités ne sont pas encore ou moins structurées.

Dans la période considérée, le faible taux des épisodes agressifs liés aux admissions et leur survenue, tard dans le décours de l'hospitalisation, interroge certainement dans quelques cas le projet thérapeutique individualisé et le cadre institutionnel, contraignant lui-même et parfois iatrogène.

Toutefois, on constate que les "passages à l'acte" des soignants (isolement, contention) sont rares ou absents, ce qui laisse penser que leurs interventions trouvent une cohérence dans la démarche de soins individualisée et que des alternatives sont privilégiées.

On peut noter qu'en règle générale la régulation (être en contact avec le patient et entretien structuré) est la mesure la plus utilisée (57%) et laisse supposer qu'un principe de proportionnalité (comportement/mesure) est respecté (60% d'agressions verbales). On peut cependant noter des variations dans l'application de ce principe en fonction des unités de soins, qui révèle des réponses contextuées en fonction de la symptomatologie du patient et des modèles de soins en vigueur dans l'unité.

Le petit nombre de patients concernés par des passages à l'acte répétitifs, laisse supposer que leurs profils cliniques (principalement bi-polaires et borderlines mais aussi schizophrènes) et surtout les troubles du comportement associés questionnent tant (1) les réponses thérapeutiques de nature symptomatique que (2) l'alliance thérapeutique dans la perspective du *passage de la prescription au contrat*²⁴. Ce sont en effet ceux-là qui interrogent typiquement nos modèles de soins dans un contexte où une volonté de destigmatisation de la psychiatrie, d'ouverture vers la cité, de coopération avec le réseau de soins et de meilleure prise en compte

des besoins du patient, est clairement affichée par le DUPA.

3.2 Questionnaire d'évaluation de l'échelle

52 questionnaires (non nominatifs) remplis, pour 72 soignants concernés, soit un taux de réponses de 72.2%.

Rétrospectivement, la question 3 (3.1 à 3.4) apparaît comme peu pertinente puisqu'elle anticiperait l'utilisation régulière de l'échelle d'observation dûment implantée dans le département: l'artefact réside dans la confusion entre mise en pratique versus évaluation des processus communicationnels liés à l'échelle.

Par contre l'échelle apparaît comme intelligible (100%), discriminante (95%), facile d'utilisation (88.5%) et utile (89%) ce qui confirme sans doute l'intérêt des soignants pour cette approche descriptive et quantitative.

4. Conclusions

La prédiction de la violence, difficile voire impossible, invite à une réflexion au sein de chaque institution pour éviter banalisation ou surévaluation des phénomènes de violence.

Les résultats en notre possession nous invitent à considérer comme approprié l'usage de routine d'une échelle d'observation (annexe 4) lors de comportements agressifs. Malgré tout, utilisée à seule fin statistique son intérêt nous apparaîtrait certes nécessaire mais avant tout fort improductif. Elle doit d'abord être un support d'informations et de communication pour, simultanément, initier les débats cliniques pluridisciplinaires et contractualiser les alliances thérapeutiques avec les patients violents, en mettant en jeu le niveau de reconnaissance du problème par le patient et les aspects contre-transférentiels générés chez les soignants, incluant les risques de victimisation. Cela nous semble être une nécessité pour que la pathologie clinique ne soit pas piégée par les phénomènes de violence.

Notre hypothèse subséquente est que l'utilisation pertinente de l'échelle d'observation, qui s'inscrit dans une stratégie de prise en soins individualisée (contrat ou médiation), a des effets préventifs d'une part (repérage précoce et documenté des manifestations

comportementales), et limite les effets iatrogènes institutionnels (prise en compte des processus contre-transférentiels), d'autre part, tout en reconnaissant la fonction contenante des soignants. Cette hypothèse est sans doute à vérifier par des études ou recherches complémentaires.

Cela suppose intégrer les notions d'agressivité, de dangerosité et de violence²⁵ et se concentrer sur une analyse singulière (un patient), temporelle et contextuelle (cadre thérapeutique et environnemental) pour apporter des réponses adaptées aux événements.

Une telle approche institutionnelle de la violence, dépasse les cadres conceptuels de prise en soins des patients (variabilité inter et intra-institutionnelle des modèles de référence, des appréciations cliniques et des réponses thérapeutiques), pour asseoir un méta-cadre de nature éthique respectueux des patients et des soignants, les uns les autres ni anges ni démons, mais collectivement impliqués dans les phénomènes de violence.

A défaut de prédire la violence et de l'anticiper (du moins dans la grande majorité des cas) les cliniciens peuvent risquer de la bien gérer.

¹ Ferrero F., Kaision J.-M., *Epidémiologie de la violence en psychiatrie*, Archives suisses de neurologie et de psychiatrie 146, 1995, N°3.

² Pollock N., *Accounting for predictions of dangerousness*. Intern J Law and Psychiatry, 13, 1990.

³ Lantéri-Laura G., *Réflexions épistémologiques sur la notion de violence dans la psychiatrie moderne*, in neuro-psy, volume 12 - N° 1 - janvier 1997.

⁴ Whittington R., Wykes T., *Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients*. British Journal of Clinical Psychology 35, 1996.

⁵ Référence inconnue des auteurs.

⁶ Kaision J.-M., *Accidents professionnels du service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)*, sur le site de Cery, études internes menées depuis 1993.

⁷ Millaud Frédéric, (M.D.), *La clinique de la dangerosité de l'institut Philippe Pinel de Montréal*, in Nervure - Tome IV, n°9 - Décembre 1992/janvier 1992.

⁸ Talbot J. (M.D.) *L'évaluation du patient dangereux*, in Nervure, Tome IV, n°9 - Décembre 1991/janvier 1992.

Annexe 3

⁹ Psychiatre, Médecin associé au Département universitaire de psychiatrie adulte, CH. Prilly-Lausanne.

¹⁰ Weiss P., Della T., Lowya C., *Prédiction clinique des agressions en services d'urgences psychiatriques*, in L'information psychiatrique N° 2 - Février 1998, 141-152.

¹¹ Pollock N., *Accounting for predictions of dangerousness*, Intern J Law and psychiatry, 13, 1990, 207-215.

¹² Arboleda-Flórez J., Holley H.L., Crisanti A., *Maladie mentale et violence: un lien démontré ou un stéréotyp*, 1996, www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/troublesmentaux.html

¹³ Millaud Frédéric, *ibid.*

¹⁴ Gilbert L., Rochette P., Millaud F., Gendron P., *Passage à l'acte*, www.pinel.qc.ca, psychiatrie et violence.

¹⁵ Gravier B, Guex P., *"Violence et exclusion" Du violent au perturbateur: le risque de circuits de soins marginaux*, in Revue médicale de la suisse romande. 115. 1995.

¹⁶ Talbot J. (M.D.) *ibid.*

¹⁷ Prieto N et Vignat J.-P., *"La violence comme contre-attitude"*, in Soins, n° 624, avril 1998

¹⁸ Gravier B, Guex P., *ibid.*

¹⁹ Prieto N et Vignat J.-P., *ibid.*

²⁰ Gravier B, Guex P., *ibid.*

²¹ Arnetz Judith, département de la santé publique du Karolinska institute, à Stockholm.

²² Belfer R., *"Evaluer pour prévenir"*, in Santé mentale, n° 42, novembre 1999.

²³ Yudofsky S.C., Silver J.M., Jackson W., Endicott J., Williams D., *The Overt Agression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression*, in Amer. J. of Psychiatry, 1986.

²⁴ Pedroletti J., Cossy Y., *Passages*, sur le site : www.pinel.qc.ca/violence.

²⁵ Talbot J. (M.D.) *ibid.*

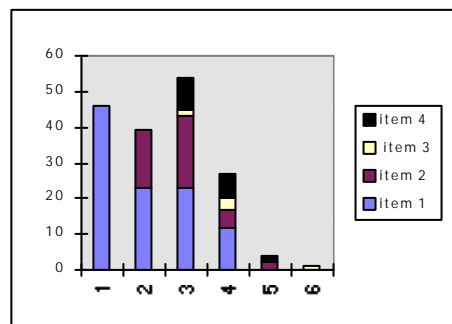
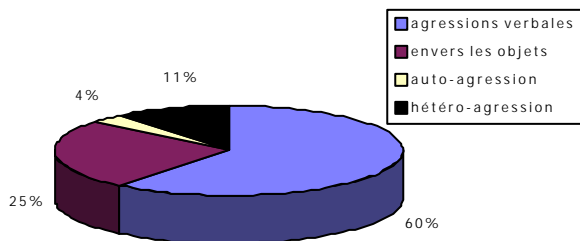
Tableau 5

Comportements agressifs par item					
1 - Agressions verbales		nombre	n = 104	n = 171	
1 - Très bruyant. Crie avec colère	60.8%	46	44.23%	26.9%	1
2 - Hurlé des insultes personnelles		23	22.12%	13.5%	2
3 - Langage grossier, menaces modérées envers les autres ou lui-même		23	22.12%	13.5%	3
4 - Exprime clairement des menaces de violence envers les autres ou lui-même		12	11.54%	7.0%	4
2 - Agressions envers les objets			n = 43	n = 171	
1 - Claque la porte. Eparpille, disperse...	25.2%	16	37.21%	9.36%	2
2 - Jette les objets. Donne des coups dans le mobilier sans le casser		20	46.51%	11.70%	3
3 - Brise, casse des objets		5	11.63%	2.92%	4
4- Met le feu - Lance des objets dangereusement		2	4.65%	1.17%	5
3 - Auto-agressions physiques			n = 6	n = 171	
1 - Se griffe, se frappe, se tire les cheveux (avec peu ou pas de lésions)	3.5%	2	33.3%	1.2%	3
2 - Se cogne la tête, se jette par terre (sans lésions graves)		3	50.0%	1.8%	4
3 - Se coupe, s'occasionne des contusions ou des brûlures (de faible gravité)		0	0.0%	0.0%	5
4 - S'automutile: plaies, coupures profondes, se mord jusqu'au sang...		1	16.7%	0.6%	6
4 - Hétéroagressivité physique			n = 18	n = 171	
1 - Menace par le geste: empoigne, agrippe les vêtements	10.5%	9	50%	5.3%	3
2 - Frappe, donne des coups, bouscule les autres... sans lésions pour autrui		7	39%	4.1%	4
3 -Agresse, attaque une autre personne, occasionnant des lésions modérées (contusion, entorse)		2	11%	1.2%	5
4 - Agresse, attaque une autre personne, occasionnant des lésions graves (fractures, plaie profonde...)		0	0%	0.0%	6

Echelle de sévérité		
	nombre	n = 171
1	46	26.90%
2	39	22.81%
3	54	31.58%
4	27	15.79%
5	4	2.34%
6	1	0.58%

Comportements agressifs: ① items par item

② échelle de sévérité









Equipes infirmières somatiques et infirmier psychiatrique de liaison:

La question de la relation soignant / soigné.

Résumé.

Deux ans après la création du poste d'infirmier au Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV à Lausanne, nous proposons de faire le constat de nos réflexions issues de cette nouvelle pratique.

Nous voulons, en portant un regard extérieur sur les équipes infirmières, définir notre implication au sujet des difficultés relationnelles qu'elles peuvent rencontrer auprès d'un malade. Nous constatons que ce vécu difficile peut être influencé par des facteurs de stress liés au contexte des soins somatiques aigus, ceux-ci se surajoutant à une problématique relationnelle ou psychiatrique.

Nous postulons que la position double du rôle de l'infirmier psychiatrique de liaison, que nous définissons dans cet article, (infirmier tiers pour les équipes infirmières, et infirmier "spécialiste" pour le patient), permet d'offrir des espaces intermédiaires de réflexions quant à une recherche de compréhension d'une relation soignant / soigné et de proposer des outils spécifiques aux équipes infirmières.

Mots clés: *Equipe infirmière somatique, infirmier psychiatrique de liaison, facteurs de stress, relation soignant/soigné, espace intermédiaire, le tiers.*

Introduction.

Dans le cadre du Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV, la confrontation de l'activité de l'infirmier psychiatrique auprès des équipes infirmières somatiques et à la question de la relation soignant / soigné, nous amène à définir les enjeux de cette nouvelle fonction et des différentes implications possibles dans le monde des soins somatiques.

C'est à partir et en complément de la conférence donnée à l'occasion de la journée à Thouné¹, que nous vous livrons nos réflexions.

Pour aborder la question de la relation soignant / soigné, il nous semble important de situer d'abord le contexte dans lequel évoluent les infirmières pour ensuite nous centrer sur le mode relationnel.

Facteurs de stress.

A partir de notre position d'infirmier psychiatrique de liaison, extérieur aux soins directs, nous identifions différents facteurs de stress liés au cadre de travail des unités de soins aigus. Ces facteurs de stress, selon leur intensité, ont un impact dans la relation et nous nous attarderons à en distinguer quatre:

- Le premier est celui de la répercussion des pathologies graves sur la représentation que les infirmières ont de leur rôle. En effet, dans des unités de soins aigus, il n'est pas rare pour les soignantes de se retrouver face à la limite de la médecine ou face aux répercussions indirectes de la médecine de pointe. Elles sont confrontées à la mort, à des gros handicaps. Ceci est en opposition avec l'image profonde que l'infirmière a de son rôle de soignante, qui est plus lié à des notions de soigner et de guérir.
- Un deuxième facteur, la charge de travail des infirmières. Bien souvent en sous-effectif, l'infirmière doit gérer son activité en tenant compte des priorités. Les soins

¹ Journée du 21 septembre 2000. Titre: Dépression en oncologie et en soins palliatifs: reconnaître, comprendre, soigner, accompagner. Organisé par: Société Suisse de Médecine et Soins Palliatifs (SSMSP), Groupe Suisse de Recherche Clinique contre le Cancer (SAKK), Section de Psycho-Oncologie/Qualité de vie.

urgents doivent être assumés au détriment d'autres soins, où l'acte peut supplanter la relation. L'infirmière se retrouve face à des limites, là aussi, qui peuvent être en opposition avec ses propres représentations

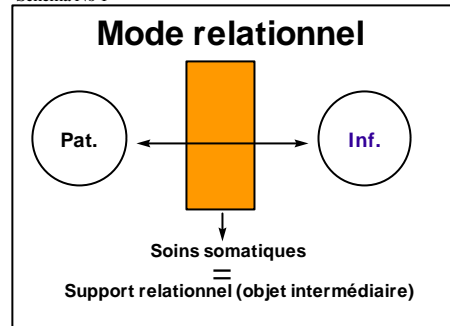
- Les soins hyper-spécifiques peuvent être également un facteur de stress. Dans les unités de soins aigus, la spécificité est de règle : oncologie, traumatologie, soins intensifs de médecine, de chirurgie, centre des brûlés.... A l'aide de la formation post-diplôme, les soins infirmiers se spécifient aussi et sont de plus en plus pointus. Nous pouvons assister à un paradoxe où l'infirmière est beaucoup plus responsable de ses actes, mais limités à un champ hyper-spécialisé. De ce fait, le patient n'apparaît plus comme une personne mais comme un acte à effectuer sur un corps.
- Un autre facteur et à notre avis le plus important: Les soins. Bien souvent très présente auprès du patient, l'infirmière répond aux besoins de base des malades, fait des soins intensifs, des soins invasifs. Nous pouvons dire que l'infirmière est proche du patient et le touche. Nous sommes dans le corps à corps avec toutes les répercussions que cela peut avoir, pour le patient mais aussi pour la soignante.

Ces différentes charges émotionnelles peuvent exister ou non, peuvent s'intriquer ou non. Dans tous les cas, selon notre approche et notre expérience, il nous paraît important, de les intégrer dans une démarche réflexive.

Mode relationnel.

Concernant le mode relationnel, nous constatons que l'infirmière est en relation avec son patient en utilisant les soins somatiques comme médiation. Ce support relationnel est un objet intermédiaire entre l'infirmière et son patient (schéma No 1).

Schéma No 1



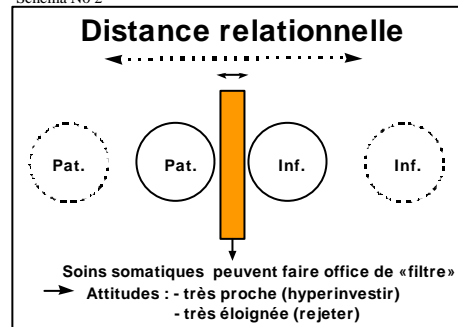
Nous formulons l'hypothèse que le soin somatique pris dans cette fonction d'objet intermédiaire peut être, selon différents facteurs, plus ou moins investi et ainsi régler en quelque sorte la distance relationnelle et faire office de "filtre" à la relation (schéma No 2).

Cette dynamique, peut-être fortement influencée par les différents facteurs de stress décrits au préalable, d'autant plus, s'ils ne sont pas identifiés par les intéressés. Elle peut être influencée aussi par des réactions psychologiques

(par ex.: réaction dépressive) d'un patient en réponse à ce qu'il vit à l'hôpital.

De manière inconsciente, plus les charges émotionnelles sont grandes, plus la soignante investira la fonction "filtre" du soin somatique. Les répercussions possibles de ces mouvements relationnels pouvant aller d'une attitude très proche (hyperinvestissement), la plus générale, à une attitude très éloignée (rejet) la plus rare.

Schéma No 2



Rôle de l'infirmier psychiatrique de liaison auprès des équipes infirmières.

L'offre principale consiste à créer pour une infirmière ou une équipe, un espace intermédiaire (sous forme de supervision) où elles peuvent amener une relation vécue avec un patient, ressentie comme difficile ou non. Nous l'avons vu plus haut, l'infirmière est prise dans des interactions souvent difficiles, dans le corps à corps avec comme risque d'être "trop proche ou trop prise" dans l'interaction. Ici, l'infirmière amène son vécu, ses observations à un regard extérieur... à un tiers. La spécificité de l'infirmier psychiatrique est d'avoir un regard à la fois "psy" et à la fois pragmatique centré sur la relation soignant / soigné dans les soins.

Les objectifs sont multiples et peuvent se faire par étape:

- Ventiler les émotions, en leur offrant un espace spécifique.
- Restaurer la dimension subjective, en identifiant leurs ressentis et les aider à les mettre en mots.
- Identifier les mécanismes relationnels et les intégrer dans une démarche globale de soins.
- Diminuer l'épuisement émotionnel, le désinvestissement relationnel et la dépréciation professionnelle.

Rôle de l'infirmier psychiatrique de liaison auprès d'un patient.

Jusqu'ici, l'accent a été mis sur la dynamique relationnelle infirmière somatique / patient avec l'infirmier psychiatrique tenant le rôle de tiers extérieur.

L'infirmier psychiatrique peut aussi intervenir auprès d'un patient, à la demande du médecin psychiatre (en collaboration), demande qui fait suite à celle, initiale, du médecin somaticien auprès de notre service.

Le rôle de l'infirmier est de proposer un soutien spécifique auprès d'un patient. L'infirmier sera le garant d'un espace dit "maternant", qui a comme fonction principale, d'amener le patient à exprimer les aspects perceptifs et émotionnels de son vécu face à ce qui lui arrive. Ses ressentis corporels et émotionnels peuvent se rapporter, par exemple:

- à un traumatisme.
- à une pathologie, psychopathologie.
- aux soins (technicité; soins invasifs, intensifs....).
- aux soignants (proximité, intrusion, éloignement, tourmus ...).
- au lieu (cadre hospitalier, activité 24 h./24...).
- à son rôle individuel, familial, professionnel.

Pour ce faire, l'infirmier établit un lien privilégié avec son patient en utilisant des outils relationnels qui seront la clé de voûte de l'alliance thérapeutique. Ces outils vont de l'écoute active au toucher (techniques corporelles), en passant par l'empathie, l'identification et la gestion des contres-attitudes (avec l'aide de la supervision), etc. ... Ce travail se construit sur un modèle psychodynamique (histoire et fonctionnement du patient), et contextuel en tenant compte, surtout, des informations récoltées auprès de nos collègues somaticiennes.

Nous le voyons ici, la question du tiers est d'emblée présente au niveau de nos propres outils. Le cadre de l'entretien psychiatrique (le contenant) à une fonction de médiation, d'ailleurs cela peut être un massage ou une relaxation (à médiation corporelle) et les interactions (le contenu) s'y opérant, peuvent faire l'objet d'une supervision et être ainsi partagées par un tiers.

La question du tiers n'est pas univoque, cela dépend d'où l'on se place. L'infirmier psychiatrique peut être, dans le meilleur des cas, à la fois dedans et dehors. Dedans,

lorsqu'il est en interaction avec le patient et dehors lorsque l'équipe infirmière (ou l'infirmière) lui parle de son vécu au sujet du patient.

Cette double position s'inscrit dans une dynamique de partenariat où chaque soignant, par ce qu'il amène, contribue à la recherche d'une compréhension globale de la prise en charge. Ainsi la mise en lien du "dedans" et du "dehors", de la prise en charge psychiatrique et de la prise en charge somatique ne peut que renforcer cette démarche.

Illustration d'un cas clinique.

Pour illustrer nos propos et au sujet de la dépression nous avons voulu exposer un cas clinique où la "dépression" n'est pas forcément là où nous le pensons.

L'équipe infirmière s'occupant de Madame V. exprime des difficultés de prise en charge. Les infirmières se sentent épuisées de s'occuper de la patiente et malgré un énorme investissement auprès d'elle, n'observent aucun retour. Elles ont l'impression que Mme V. est déprimée et régressée.

Dans ce contexte, l'équipe nous demande d'intervenir pour une supervision.

La patiente:

Jeune femme de 25 ans qui a dû être hospitalisée en urgence pour un purpura infectieux aigu, maladie mortelle qui évolue extrêmement rapidement. Elle fait un long séjour aux soins intensifs pour ensuite poursuivre les différentes étapes de l'hospitalisation. A noter que nous la suivons, dès le début, pour un soutien psychologique.

Madame V. a pu être sauvée in extremis mais la maladie a entraîné de graves lésions au niveau des extrémités. Elle a dû être amputée des deux pieds et partiellement des phalanges de la main droite.

De son histoire, nous notons rien de particulier, excepté ces quelques éléments: Elle a eu une enfance décrite comme heureuse

si ce n'est une relation quelque peu difficile avec une mère fragile, avec qui elle entretient une relation étroite et de "protection". Depuis quelques années elle habitait seule mais retournait fréquemment chez ses parents. Elle se décrit comme quelqu'un de fort, ayant besoin de maîtriser les différents événements de sa vie.

Concernant son hospitalisation et d'un point de vue psychologique, elle présente un état anxio-dépressif modéré réactionnel à sa maladie et à ses handicaps. Nous trouvons au premier plan des mécanismes défensifs de type "déli partiel" et quelques mouvements projectifs liés à son angoisse. Tout ceci se traduit dans la relation par des émotions qui sont en partie mises de côté, par un "tri" des informations, un besoin de se montrer forte, à la recherche de son indépendance et par une fluctuation de son investissement auprès des infirmières.

La compréhension du mode de fonctionnement de Mme V., de ses réactions au trauma et de son investissement des soins et des soignants a pu se faire, d'une part, à l'aide de notre espace thérapeutique, notamment en identifiant les aspects transférentiels de l'interaction à travers la restitution de son vécu des soins, et d'autre part, grâce aux informations objectives et subjectives de l'équipe somatique à travers leur vécu dans la relation soignant / soigné.

L'équipe infirmière:

Durant ce travail de supervision, les infirmières expriment un vécu émotionnel fort en lien avec cette maladie "horrible". Elles repèrent des mécanismes d'identification qui sont fortement liés à l'âge de la patiente et à celui des infirmières. Elles parlent aussi de la charge de travail, période où il y a beaucoup de situations lourdes.

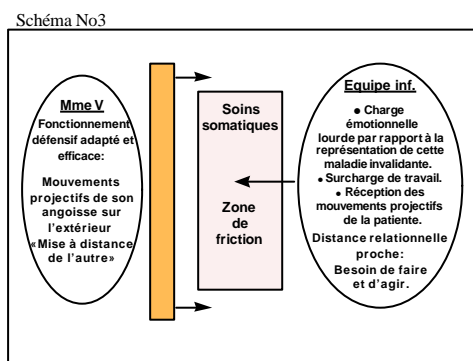
Cela se traduit par un hyper-investissement dans le soin auprès de Mme V., voulant la motiver tant sur le plan physique avec une réadaptation active, que sur le plan

psychologique en voulant favoriser l'expression de ses émotions, notamment la tristesse, pensant qu'elle est fortement déprimée.

Discussion.

La confrontation de la compréhension des réactions de Mme V. à celle de l'équipe, permet aux infirmières de mettre du sens à l'interaction difficilement vécue dans ce soin (schéma No 3).

Par ce processus de supervision, les infirmières ont réajusté l'offre en soins, ainsi que leur attitude auprès de Mme V. Ce qui a permis une mise à plat des difficultés vécues initialement et de faire la part des choses entre les besoins de l'équipe et les besoins de la patiente.



Nous avons vu ici que le problème de la dépression, n'était pas réellement présent. D'un point de vue clinique il y avait une réaction anxio-dépressive modérée (normale). Par contre, la dépression était dans la représentation des infirmières, lié à un problème d'épuisement et à un risque de désinvestissement.

C'est pourquoi, il nous paraît utile de créer un espace intermédiaire, à distance du patient, pour identifier les différentes interactions provoquées par de multiples facteurs (état psychologique du malade, représentation du soignant, de ses charges émotionnelles...), afin de remettre les besoins du patient au centre de la prise en charge.

Cette recherche de sens, se fait dans un esprit constructif, où chacun par sa spécificité apporte sa pierre à l'édifice.

Perspectives.

Nous notons que la fonction d'infirmier psychiatrique de liaison est peu représentée dans le monde des soins. Dans ce contexte, les perspectives d'avenir quant à la définition des domaines d'activité restent, comme pour la psychiatrie de liaison, ouvertes.

Nous avons vu ici un champ d'activité particulier: L'approche clinique. Celle-ci, constituant en quelque sorte les fondations de la construction, nous permet d'imaginer la suite sur trois axes: La recherche, l'enseignement et la consultation spécialisée dans des domaines de soins aigus et spécifiques.

La position de l'infirmier psychiatrique, liant entre le soma et le psyché, entre le corps médical et infirmier et entre le patient et le réseau (familles et soignants) peut favoriser l'exploration de ces différents champs d'action.

Bibliographie.

- P. Guex, «Le colloque psychologique en oncologie, garantie d'une approche bio-psycho-sociale des patients», *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 1990, 9, pp. 113-118.
- P. Guex, «Psychiatrie de Liaison», *Courrier du Médecin Vaudois*, 1999, 6, pp.8-9.
- P. Guex, L. Barrelet, «Rôle du consultant psychiatre dans la formation de l'équipe soignante et la prise en charge des patients d'une consultation de cancérologie», *Psychologie Médicale*, 1984, 16 (13),2261-2262.
- F. Stiefel, P. Guex, «Soins palliatifs et soins de support : A la frontière de la toute puissance médicale», *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1997, 117, pp.191-195.
- F. Stiefel, A. Berney, P. Guex, F.-J. Huyse, «Travail en réseau: de l'implantation à l'utilisation», *La revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, Mai 1999, No 28.



F. Stiefel, C. Mazzocato, « La souffrance du soignant : la reconnaître ? La traverser ? La prévenir ? », *Infokara*, 1999, 53, pp. 69-72.

E. Bonvin, P. Cochand, « Approche psychiatrique du grand brûlé », *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1998, 118, pp. 165-169.

E. Bonvin, P. Cochand, « Psychologie du grand brûlé », *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1998, 118, pp. 161-164.