

STOP À LA VIOLENCE

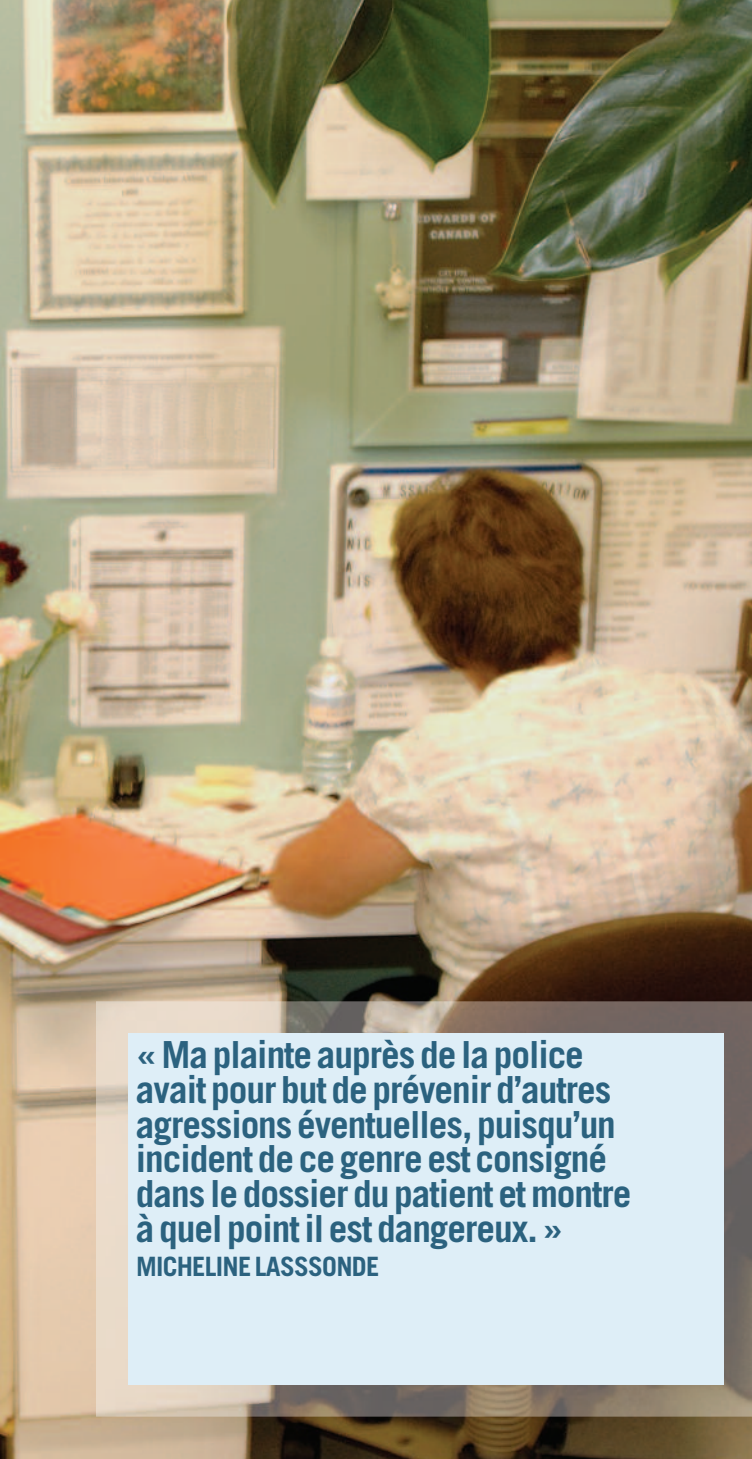
Les agressions envers le personnel infirmier sont une réalité inquiétante. Des programmes axés sur la pacification et la prévention réduisent les risques.

PAR Véronique Robert
PHOTO Marcel La Haye

CE PATIENT QUI VOULAIT ME TUER

Il était 15 h 15, ce jour-là. **Micheline Lassonde** n'a eu qu'une fraction de seconde pour réagir. Infirmière au service de psychiatrie adulte de l'Hôpital Charles LeMoine, sur la Rive-Sud de Montréal, elle était en train de rédiger son rapport, juste avant l'arrivée de l'équipe de soir. Le préposé était parti faire une tournée au bout de l'étage. Elle était seule, seule et prisonnière à l'intérieur du poste des infirmières où venait de faire irruption un patient d'une quarantaine d'années, le regard dément, les mains tendues vers son cou dans le but évident de l'étrangler.

« Heureusement, j'étais assise sur une chaise à roulettes, raconte Micheline Lassonde. D'un coup de pied, j'ai fait



« Ma plainte auprès de la police avait pour but de prévenir d'autres agressions éventuelles, puisqu'un incident de ce genre est consigné dans le dossier du patient et montre à quel point il est dangereux. »

MICHELINE LASSONDE

reculer la chaise de façon à me retrouver appuyée contre le mur derrière moi. Puis j'ai agité frénétiquement les bras et les jambes devant moi, afin de tenir mon agresseur à distance, et j'ai hurlé comme jamais de ma vie ! En très peu de temps, le préposé au bout de l'étage ainsi qu'un infirmier et un préposé de l'étage inférieur ont accouru et ont maîtrisé le patient. »

Lors de cet incident survenu il y a dix ans et qui aurait pu lui coûter la vie, Micheline Lassonde avait mis en pratique plusieurs conseils glanés peu de temps auparavant lors d'une formation sur la méthode IPPNA (Intervention psychologique et physique non abusive). Ce programme, conçu aux États-Unis, a pour but d'aider les employés en contact avec une clientèle potentiellement agressive à désamorcer les situations de crise et à se protéger s'ils sont attaqués.

« Au moment où j'ai reçu cette formation, je me disais que, dans le feu de l'action, je serais trop énervée pour me rappeler des recommandations, confie Micheline Lassonde. Et pourtant, elles me sont venues immédiatement à l'esprit quand j'ai vu le patient au-dessus de moi les bras tendus : je savais qu'il fallait à tout prix que j'évite de tomber, que j'empêche l'agresseur de s'approcher de moi et que je crie de toutes mes forces. Le plan a fonctionné. L'individu n'a jamais réussi à me toucher et mes appels au secours ont été entendus. »

Micheline Lassonde a suivi un autre conseil des formateurs IPPNA : elle a porté plainte auprès de la police, tout en sachant que l'homme serait probablement déclaré mentalement irresponsable. « La plainte avait pour but de prévenir d'autres agressions éventuelles, puisqu'un incident de ce genre est consigné dans le dossier du patient et montre à quel point il est dangereux. De fait, les psychiatres qui ont examiné le patient ont conclu qu'il avait bel et bien l'intention de me tuer. Il a d'ailleurs commis d'autres agressions plus tard. »

LE PERSONNEL DE LA SANTÉ SUR LA SELLETTE

La violence dans le réseau de la santé ? Il s'agit d'un problème bien réel. Les chiffres varient selon les études, mais celles-ci font état d'une situation inquiétante. Ainsi, dans l'enquête la plus « optimiste » réalisée en 2007 auprès de 1015 travailleurs du réseau québécois de la santé et des services sociaux, une personne sur cinq indique avoir été victime d'une agression physique l'an dernier. Cette étude a été menée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (l'ASSTSAS, organisme administré par des représentants des employeurs et des syndicats du réseau de la santé).

Le sort réservé aux infirmières est encore moins enviable si l'on se fie aux données de Statistique Canada, recueillies lors de son Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005. Au Québec, dans le groupe des infirmières et infirmières auxiliaires, un peu plus d'une sur quatre déclare avoir été agressée physiquement au travail par un patient (et seulement 2,6 % par une personne autre qu'un patient).

Chaque année, environ 370 infirmières et infirmières auxiliaires sont indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un acte de violence. Selon la CSST, le personnel de la santé détient le record peu enviable des agressions verbales et physiques, devant les enseignants, le personnel administratif et celui du secteur du transport. Au moins une étude, effectuée à la fin des années 1990 par Diane Larose, alors infirmière au CSSS d'Antoine-Labelle, et par Michel Bigaouette, formateur-chercheur à l'ASSTSAS, révélait que les agressions verbales provenaient aussi souvent des visiteurs que des patients.

Le taux des agressions en tous genres a fait un bond au moment du virage ambulatoire et de la fermeture de plusieurs hôpitaux. Les unités de psychiatrie ne sont pas les seules à être touchées par ce phénomène. « Personne n'est à l'abri d'une crise de nerfs où l'individu perd toute maîtrise sur soi, dit **Marie-Josée Robitaille**, adjointe à la direction générale de l'ASSTSAS. Attendre des heures dans une urgence qui déborde avec un bébé malade peut vous faire perdre les pédales. Et il arrive que des patients sans pathologie mentale

présentent un certain degré de dangerosité, s'ils ont des troubles neurologiques, des symptômes de démence ou des handicaps intellectuels. Pour ne rien dire des toxicomanes en plein sevrage. » De plus, certains gestes violents – et soudains – proviennent de sujets dont on n'attend pas ce genre de comportement. « Des patients dans la salle de réveil, par exemple, illustre M^{me} Robitaille, et qui sont encore confus. »

La plus grande surprise que réservait le dernier sondage de l'ASSTSAS était cependant la fréquence des agressions physiques dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. « Catastrophique », est l'adjectif utilisé par **Michel Bigaouette**, responsable du sondage quinquennal de l'ASSTSAS, pour qualifier la violence dans les CHSLD. « Tous les indicateurs sont rouges pour cette catégorie d'établissement, explique M. Bigaouette. Pas moins de 42 % des membres de l'équipe soignante déclarent avoir été agressés. Les préposés sont le plus à risque, puisqu'ils donnent les soins de base comme laver les patients ou changer leurs culottes d'incontinence. Si les gestes violents sont souvent le fait de personnes démentes, ils n'en causent pas moins des blessures et sont une source de stress pour le personnel. » Une fois de plus, Statistique Canada assombrit le tableau : pour les seules infirmières et infirmières auxiliaires, la moyenne canadienne des agressions par un patient en CHSLD est de 49,6 %, soit une sur deux !

DES STATISTIQUES ÉTONNANTES

- Selon une récente enquête auprès de 1015 répondants travaillant dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, une personne sur cinq indique avoir été victime d'une agression physique au cours de l'année 2007.
- Selon Statistique Canada, pour les seules infirmières et infirmières auxiliaires, la moyenne canadienne des agressions par un patient en CHSLD est de 49,6 %, soit une sur deux !
- Selon un sondage réalisé en 2000 par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec, 85,9 % des répondants déclaraient avoir été l'objet d'une agression physique ou verbale au cours de l'année précédente.

En 2000, l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec publiait un sondage révélateur : 85,9 % des répondants déclaraient avoir été l'objet d'une agression physique ou verbale au cours de l'année précédente. « Je connais des infirmières qui ont été tellement traumatisées par leur expérience qu'elles ont quitté la profession, dit Marie-Josée Robitaille de l'ASSTSAS. Les séquelles tendent cependant à être moins sérieuses si la personne a reçu un soutien adéquat. »

L'infirmière Micheline Lassonde qui a été agressée peut en témoigner. « Je m'en suis bien tirée, j'en suis certaine, parce que je me suis sentie soutenue par mes collègues et mes supérieurs,

dit-elle. À commencer par l'intervention des préposés et de l'infirmier qui ont maîtrisé le patient, et le support moral qu'ils m'ont manifesté. »

M^{me} Lassonde a bien dormi le soir même et n'a pas pris congé le lendemain. Elle s'est présentée au travail à 7 h 15, et c'est le seul moment où elle s'est sentie mal... quand elle a revu le patient qui l'avait agressée dans la salle commune. « La politique est de laisser les patients en isolement le moins longtemps possible, alors on l'avait libéré, raconte-t-elle. Mais je me sentais incapable de faire mon quart en sachant ce patient en liberté. J'ai fait part de mes appréhensions à l'infirmière-chef, qui a contacté le psychiatre de garde sur-le-champ. Le patient a été conduit dans la chambre d'isolement et on l'a changé de service peu après. Tout au long du processus, j'ai senti qu'on prenait soin de moi. »

Le programme IPPNA a été utilisé au Québec de 1997 à 1999, année où les établissements ont jugé que la formation – offerte par une franchise – coûtait trop cher. Plusieurs institutions psychiatriques québécoises se sont alors regroupées pour faire un appel d'offres. C'est l'ASSTSAS qui a obtenu le contrat. Les centres hospitaliers de Charlevoix, Robert-Giffard et l'Hôpital Douglas ont contribué à mettre au point le nouveau programme destiné à remplacer l'IPPNA. Le résultat est le programme Oméga, utilisé dans de nombreux établissements de santé du Québec, notamment dans les unités psychiatriques et les urgences.

« Il a pour principe de base d'accompagner la personne en crise dans sa colère pour lui permettre d'exprimer ses frustra-



PHOTO YVES MÉDAM

De gauche à droite :
Carl Parisé,
François Lapierre,
Philip Mercier,
Danièle Choinière,
Jaques Charrier.

tions, explique Marie-Josée Robitaille. Non seulement cette approche est-elle bénéfique au patient, qui donne libre cours à ses émotions, elle est aussi protectrice : pendant qu'il ventile, il ne frappe pas ! Au bout d'un certain temps, la tension se dissipe et la personne devient plus rationnelle. Cette méthode de pacification est efficace dans 80 à 85 % des cas. »

Ce n'est pas Micheline Lassonde qui va la contredire. Le programme Oméga a fait son apparition peu après sa mésaventure, et elle a suivi la formation. Elle y croit tellement qu'elle est devenue elle-même formatrice Oméga en 2005. « Je suis convaincue que cette formation m'a évité d'autres agressions. Le programme distingue les différents stades de crise chez le patient et permet de moduler l'intervention en conséquence. L'idéal est d'intervenir avant que la situation ne se soit trop détériorée. »

Suite à la page 10 >>>

Équipe Code Blanc à l'oeuvre

À Verdun, l'Hôpital Douglas, affilié à l'Université McGill, est depuis deux ans le théâtre d'une expérience unique au Québec : la mise en place d'une équipe qui se consacre uniquement à la gestion efficace des situations potentiellement dangereuses au sein de l'établissement.

Née d'une initiative commune de la direction des soins infirmiers (DSI) et de la direction des activités cliniques (DAC) de l'Hôpital, cette équipe baptisée Code Blanc compte sur un infirmier surnuméraire qui en assure le leadership, deux préposés et deux agents de sécurité. L'encadrement est assuré par **Danièle Choinière**, infirmière gestionnaire (DAC), et **André Thomassin**, spécialiste en activités cliniques (DSI). L'ensemble des intervenants de l'Hôpital a reçu la formation Oméga axée sur la pacification (voir l'encadré en page 10). Les chefs Code Blanc ont, quant à eux, reçu une formation et une supervision plus poussées. Leur action vise principalement la pacification des situations d'escalade vers des actes de violence, en soutien aux équipes de soins.



Pour chacune des situations pour lesquelles l'équipe Code Blanc est appelée, un retour postévènement équipe / patient est effectué avec l'équipe traitante dans le but de réajuster les interventions de prévention des actes de violence, d'adapter la surveillance clinique et de réaliser de nouvelles interventions auprès du patient. La présence d'un chef d'équipe est assurée à tous les quarts de travail, soit par un infirmier Code Blanc, soit par le coordonnateur de nuit de la direction des soins infirmiers.

Les membres de l'équipe Code Blanc sont également les premiers répondants pour les codes suivants : Bleu (urgence médicale en

soutien à l'équipe affectée à cette intervention), Rouge (incendie) et Jaune (fugue).

Depuis l'application du Code Blanc, les premières données comparatives suscitent l'espoir. Le nombre d'agressions physiques est passé de 303 en 2006-2007 à 209 en 2007-2008. Le recours aux mesures de contrôle, soit l'isolement et la contention, aux soins intensifs, où ce genre d'intervention est davantage utilisé, a diminué de façon marquée, passant de 1518 en 2006-2007 à 876 en 2007-2008. Les interventions résolues par la pacification, de 38 % qu'elles étaient en 2006-2007, ont grimpé à 54 % en 2007-2008. L'équipe peut intervenir tant auprès d'un patient aux prises avec un épisode psychotique qu'auprès d'un autre ayant recours à la violence pour s'exprimer.

« Compte tenu que certains de nos patients proviennent de l'Institut Pinel, avec des antécédents de violence pour lesquels ils ont été judiciarisés, et qu'ils sont hospitalisés contre leur gré, ce n'est pas rien », dit **François Lapierre**, infirmier-chef d'équipe Code Blanc.

Comment expliquer pareille amélioration ? « La possibilité d'intervenir dans une perspective de soins et non de contrôle permet d'ancrer l'amorce d'une pacification et d'une relation d'aide efficace axée sur le respect et la compréhension du patient », répond Danièle Choinière. Cette dernière se montre très enthousiaste par rapport aux interventions réalisées par les chefs d'équipe auprès des patients et des équipes traitantes, tous des infirmiers extrêmement motivés : **François Lapierre, Philip Mercier, Jacques Charrier et Carl Parisé**, tous passionnés par leur travail, première condition gagnante à leur avis. Ils se considèrent comme des infirmiers spécialistes des situations d'agressivité et non pas comme des « fiers-à-bras ».

Une autre condition gagnante qui rapporte : les chefs d'équipe sont des surnuméraires. « Pacifier prend du temps, explique **Philip Mercier**, et le personnel soignant n'en a pas beaucoup. Nous restons le temps qu'il faut. De plus, l'équipe de soins qui devient la cible d'un patient est moins bien outillée pour l'apaiser qu'un intervenant neutre. » Par leur savoir-faire et leur savoir-être, les chefs d'équipe Code Blanc deviennent des modèles de rôle pour le personnel soignant.

Le processus d'intervention est systématique, ce qui crée un effet rassurant pour le personnel en place. « Les patients nous connaissent, dit **Philip Mercier**. Puisque nos interventions sont axées sur le respect, il arrive

même que des patients nous remercient après coup, même si nous avons été obligés de recourir à la force. Lors du postévènement, nous expliquons toujours au patient que nous visons sa protection à lui aussi, pas seulement celle des autres patients et du personnel. »

Le postévènement est un élément essentiel du programme. « Il permet de corriger le tir au besoin et donne l'occasion aux personnes en cause de ventiler leurs émotions, dit **Jacques Charrier**, un des formateurs Oméga du groupe. Car après un événement traumatique, les réactions à retardement ne sont pas rares. »

L'équipe soignante prend généralement en charge la démarche de pacification mais lorsque la situation dépasse ses capacités, l'équipe Code Blanc offre un bon filet de sécurité. « Une fois l'intervention conjointe terminée, indique **Danièle Choinière**, nous profitons de l'occasion pour parfaire la formation des équipes en cause. C'est un moment propice au transfert de connaissances. Le volet formation est d'autant plus important pour les infirmières novices qu'elles sont souvent mal à l'aise et mal outillées pour faire face aux situations d'agressivité. « Ce qu'enseigne l'équipe Code Blanc ne s'apprend pas toujours en classe », ajoute **M^{me} Choinière**.

Autre retombée heureuse, l'équipe Code Blanc est de plus en plus sollicitée afin de répondre à des demandes d'aide préventive « planifiées ». Par exemple, lorsqu'on doit apprendre à un patient peu collaborant que son séjour à l'hôpital est prolongé. **Jacques Charrier** souligne le travail des équipes de soins lors des interventions de l'équipe Code Blanc. « Dans le cas où un patient doit être maîtrisé d'urgence, précise-t-il, le médicament est désormais prêt, le bac à seringues est à proximité, la salle d'isolement a été préparée et quelqu'un est chargé d'éloigner les autres patients. »

Danièle Choinière et **Philip Mercier** ont présenté le programme Code Blanc de l'Hôpital Douglas au colloque de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) qui s'est tenu à Québec en mai 2008. « Nos propos ont suscité beaucoup d'intérêt, se réjouit **M^{me} Choinière**. Nous avons expliqué que, oui, le programme Code Blanc est coûteux et qu'il complique la gestion des horaires, mais il est extrêmement payant. Il évite des accidents de travail et permet au personnel de mieux composer avec une clientèle difficile. La pacification épargne un temps précieux à tout le monde et prouve que la maîtrise de la violence est, en grande partie, une affaire de prévention. » [P]

>>> Suite de la page 8

Micheline Lassonde se souvient d'une patiente devenue très colérique après une conversation téléphonique qui avait mal tourné. « Elle criait et bousculait les meubles. Je me suis approchée et lui ai demandé : « Ça ne va pas ? » Je l'ai laissé parler, en me gardant bien de commenter ses gestes violents. Au bout d'un moment, elle s'est calmée et m'a demandé de la laisser tranquille. »

La formation Oméga est aussi utile dans les services des urgences qu'en psychiatrie. « Sinon plus, juge Micheline Lassonde. Au moins, dans un service de psychiatrie, nous connaissons les patients, qui sont généralement stabilisés et médicamenteux. Alors qu'à la salle des urgences, on ne sait pas à qui on a affaire. Depuis que je donne la formation, nombre

d'infirmières des urgences m'ont dit : « Aujourd'hui, on en a évité toute une ! » »

Plus d'incidents encore seraient évités si ce n'était de la pénurie d'infirmières. À l'époque de l'IPPNA, le personnel était plus nombreux, de sorte que les établissements pouvaient former presque tout le monde. « Aujourd'hui, nous sommes obligés de dispenser la formation à de petits groupes à intervalles espacés, sinon la qualité des soins s'en trouverait réduite », note Sylvie Brassard, agente de gestion en santé et sécurité du travail à l'Hôpital Charles LeMoine, et responsable de la planification de la formation Oméga à cet hôpital. « Nous nous arrangeons pour qu'un agent de sécurité soit présent à chaque formation. Ainsi, il est à même de comprendre et de soutenir le personnel dans ses interventions. »

Avec la hausse de la clientèle et le nombre croissant de patients intoxiqués qui se présentent aux urgences, le potentiel des agressions n'a certes pas diminué. Micheline Lassonde voit néanmoins le bon côté des choses. « Au moins, une partie du personnel est mieux préparée à y faire face. » ■

OMÉGA : LA STRATÉGIE DE PACIFICATION

Les vertus du programme d'intervention Oméga, Marie-Josée Robitaille, adjointe à la direction générale de l'ASSTSAS, peut les détailler pendant des heures. Elle connaît Oméga comme le fond de sa poche, puisqu'elle a participé à son élaboration en 1998. « Il se situe à l'opposé de la méthode de contrôle traditionnelle – on attrape, on attache et on pique – qui présente le risque le plus élevé de blessures et ne règle rien, car le patient sera tout aussi frustré quand le calmant aura cessé de faire effet. Je crois sincèrement qu'Oméga est supérieur aux méthodes utilisées antérieurement. Il mise davantage sur l'interaction avec la personne agressive et sur sa pacification. Et nous avons conçu Oméga pour qu'il puisse être employé dans tous les services. »

LE PROGRAMME COMPORTE QUATRE VOLETS PRINCIPAUX :

1) L'évaluation de la situation de travail

« Au début de son quart de travail, le personnel peut déceler rapidement les facteurs de risque, observe M^{me} Robitaille. Par exemple, un patient qui a reçu une mauvaise nouvelle, un nombre élevé d'enfants malades aux urgences... »

2) L'identification des clients à risque

Dès que des patients montrent des signes d'agitation, on conseille d'aller au-devant d'eux et de leur demander comment ils vont pendant qu'ils sont encore « parlables ». « Il ne faut pas croire que le temps va arranger les choses », prévient M^{me} Robitaille.

3) La grille du potentiel de dangerosité

Inspirée de celle de l'École nationale de police du Québec (Nicolet), elle est la base même du programme Oméga. Elle comporte huit niveaux, du plus bénin au plus dangereux, et

préconise les mesures appropriées, plus ou moins directives, selon la situation. Ainsi, écouter et rassurer peuvent suffire dans bien des cas alors qu'énoncer des demandes précises et négocier avec la personne ou dégager l'espace peuvent s'imposer dans d'autres cas. Seules les trois dernières étapes nécessitent une intervention physique, toujours utilisée en dernier recours.

4) La révision postévénement

Cette dernière étape, très importante, permet de dresser un bilan de l'intervention et de déterminer ce qui pourrait être amélioré.

Chaque intervention Oméga repose sur quatre valeurs et cinq principes. Les valeurs sont la sécurité physique et psychologique – autant pour soi, le client, le personnel et l'établissement –, le respect, la responsabilité et le professionnalisme. Les principes à appliquer sont : se protéger, prévoir, évaluer la situation, se centrer sur la personne et prendre le temps qu'il faut. ■

La FSQ-CSQ
est fière
de souligner
la contribution des
INFIRMIÈRES
à notre
système public
de santé



Fédération
de la
Santé
du
Québec

Centrale des syndicats
du Québec

