



Sécurité des stagiaires dans les services et établissements psychiatriques

A Moscovitch, MD¹; GA Chaimowitz, MB ChB, FRCPC ²; PGR Patterson, MD³

Cet énoncé a été révisé par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC), et le conseil d'administration de l'APC en a approuvé la nouvelle publication le 2 juin 2009. L'énoncé originale a été élaboré par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique et approuvé par le conseil d'administration, le 31 mars 1990.

La littérature sur le comportement violent de malades à l'égard du personnel soignant, restreinte naguère, se fait de plus en plus abondante. Certaines des premières études donnent à penser que le problème mérite une attention sérieuse. Dans trois études fréquemment citées¹⁻³, Tardiff mentionne qu'environ 10 pour cent des malades admis à l'hôpital ont manifesté de la violence avant ou au moment de l'admission. Dans une autre étude portant sur des malades hospitalisés pendant plus d'un mois, il constate que l'incidence de l'agression est cinq fois plus élevée que celle de la tentative de suicide ou du comportement autodestructeur⁴. Les estimations veulent que l'incidence des actes violents à l'endroit de psychiatres au cours de leur carrière soit de l'ordre de 40 à 50 pour cent⁵. Un sondage effectué auprès de 101 psychothérapeutes (psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux) indique que 24 pour cent ont été victimes d'agression au cours de l'année précédant

l'enquête et que 74 pour cent ont subi une agression dans le passé⁶. D'autres études ont entrepris de relever les caractéristiques de l'agression d'un membre du personnel soignant par un malade⁷⁻⁹.

La Section des résidents de l'Association des psychiatres du Canada soulève la question de la sécurité des stagiaires et des normes de sécurité minimales dans les établissements d'enseignement depuis plusieurs années. Ruben, l'un des rares auteurs qui examinent précisément le cas des résidents, rapporte que 48 pour cent des résidents interrogés ont été victimes d'agression pendant leur formation¹⁰. Dans une étude plus récente, Fink et Dubin indiquent que 42 pour cent des résidents en psychiatrie déclarent avoir été agressés par un malade¹¹. Une étude néo-zélandaise illustre que 67 pour cent des stagiaires en formation postdoctorale ont subi de la violence verbale, tandis que 39 pour cent ont été victimes d'une agression physique¹². À noter que les externes courent également le

¹ Université de Calgary, Calgary (Alberta)

² Professeur adjoint, Université McMaster; psychiatre membre du personnel, Hôpital général de Hamilton, Hamilton (Ontario)

³ University of Western Ontario, London (Ontario)

© Tous droits réservés 2011. Association des psychiatres du Canada. Toute reproduction, citation ou paraphrase, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, sans l'autorisation écrite de l'APC est interdite. Les commentaires des membres sont les bienvenus. Veuillez adresser vos observations au président de l'Association des psychiatres du Canada, 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa (Ontario) K1P 5J3; tél. : 613-234-2815; téléc. : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org
Référence 1990-23-R1.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

risque d'être agressés par un patient¹³.

Malgré l'absence de données systématiques pendant un temps, nous soupçonnons que la situation était sensiblement la même au Canada. De même que les autres travailleurs de la santé ayant des rapports directs avec des malades susceptibles de faire preuve de violence, les résidents courent un risque très élevé d'agression. La situation se complique du fait que les résidents ont généralement le sentiment que de nombreuses agressions passent inaperçues, impression que les données de la littérature corroborent assez bien. Selon Lion, les agressions sont en réalité cinq fois plus nombreuses que ce qui est rapporté¹⁴. Par ailleurs, de l'information anecdotique laisse entrevoir que les collègues résidents et l'administration hospitalière ont tendance à accorder peu d'importance aux craintes exprimées et, dans certains cas, n'en tiennent pas compte et les rejettent tout bonnement du revers de la main. Sans analyser la question en profondeur, on peut voir dans cette attitude un mécanisme de défense contre le sentiment de culpabilité, le reproche fait à soi-même ou de nature contrephobique, et la peur des critiques et des représailles des autorités hospitalières ou du service.

Afin d'évaluer l'ampleur du problème parmi les résidents en psychiatrie au Canada, nous avons mené une enquête auprès de tous les stagiaires qui adhèrent à l'APC¹⁵. Le sondage a été adressé à 211 résidents, et le taux de participation a été de 64,5 pour cent. Il révèle que 40,2 pour cent des répondants ont été agressés par un malade à une reprise au moins, que 12,5 pour cent l'ont été à deux reprises et que 3,3 pour cent ont subi une agression à trois reprises au moins durant leur formation. Seulement 73,6 pour cent des résidents victimes d'agression ont signalé en bonne et due forme l'incident aux responsables de l'hôpital ou du service. Près de 40 pour cent des répondants ont réclamé l'amélioration des normes de sécurité auprès des responsables de l'hôpital ou du service. Toutefois, moins de 25 pour cent d'entre eux estiment que les mesures prises par les autorités sont satisfaisantes. Seulement 51,5 pour cent des répondants ont bénéficié d'une formation sur la manière d'aborder le malade violent, et moins de 25 pour cent jugent que les résidents ont une formation appropriée dans ce domaine. Ils ne sont que 35,1 pour cent à affirmer que l'hôpital qui les emploie offre des installations sûres pour les entrevues avec les malades, et 83,3 pour cent aimeraient voir une amélioration des lieux de travail. Environ 80 pour cent des répondants désirent une amélioration de l'enseignement et de la formation du personnel, tandis que 44,4 pour cent souhaitent une amélioration des modalités de dotation en personnel. La presque totalité des répondants (97,7 pour cent) aimerait que l'APC propose des lignes directrices en matière de normes de sécurité minimales dans les établissements d'enseignement. Un sondage américain indique que les

deux tiers des résidents sont insuffisamment formés, ou ont le sentiment d'être insuffisamment formés, à propos de la prise en charge du malade violent¹⁶.

La Section des résidents de l'APC et la Commission d'éducation et de relations professionnelles ont élaboré les directives qui paraissent ci-après, adoptées par le Conseil d'administration de l'APC et mises à jour en 2008. Leur propos est de faire office de cadre de référence de l'établissement de normes minimales et d'orienter l'amélioration tant au plan des politiques qu'au plan organisationnel. Les directives s'appuient sur le principe de la création d'un environnement propice à la sécurité du malade et du personnel en même temps qu'à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Les directives portent sur les aspects de l'éducation et de la formation, du lieu de travail, de la dotation en personnel et de la mise en œuvre. Tous les établissements de formation en psychiatrie devraient se doter de lignes directrices précises qui couvrent ces aspects.

I. Formation et éducation

1. Dès le début du programme, le résident devrait se voir offrir une formation exhaustive à propos du malade au comportement violent.
2. L'établissement devrait prévoir une formation sur la façon d'aborder le malade au comportement violent à l'intention du personnel infirmier, du personnel responsable de la sécurité et des travailleurs en santé mentale.
3. Des études méthodiques devraient se pencher sur les sujets suivants :
 - a. la détection hâtive de la possibilité d'un comportement agressif;
 - b. la prise en charge appropriée du malade violent;
 - c. l'efficacité de la formation sur le rehaussement de la sécurité;
 - d. les facteurs prédisposant à la violence à l'égard du personnel soignant.

II. Lieu de travail

1. L'aménagement des lieux réservés à l'examen et au traitement des malades ne doit présenter aucun danger :
 - a. Au service des urgences, la salle d'examen psychiatrique devrait se situer à proximité du poste infirmier de façon à garantir une aide immédiate en cas de nécessité.
 - b. La salle d'examen devrait être munie d'un système d'alarme fonctionnel aisément accessible qui, lorsque déclenché, suscite une réaction immédiate et appropriée.
 - c. La pièce ne renferme aucun objet dangereux. En théorie, le mobilier devrait être fixé au sol ou aux murs. La porte devrait soit s'ouvrir vers l'extérieur,

- soit être tournante, et ne devrait pas se verrouiller de l'intérieur, ni pouvoir se barricader. Il y a lieu d'étudier la possibilité de munir la salle d'examen de deux portes.
2. En théorie, la salle d'examen devrait être équipée d'un dispositif de surveillance visuelle ou auditive.
 3. Les dortoirs et les bureaux réservés aux résidents devraient être munis d'un mécanisme empêchant l'entrée de visiteurs non autorisés.
 4. L'établissement devrait établir des directives précises sur la contention et équiper de dispositifs de contention les endroits où des actes violents risquent de se produire.
 5. L'établissement devrait adopter un code d'alarme aisément repérable pour signaler l'agression ou le risque d'agression. Du personnel en nombre suffisant ayant la force physique et la formation appropriées devrait être prêt à intervenir dans l'immédiat.

III. Dotation en personnel

1. Si le malade a fait preuve de violence par le passé ou si le résident juge que le comportement du malade pourrait devenir agressif, du personnel de sécurité convenablement formé devrait se tenir prêt à intervenir.
2. Les agents de police qui accompagnent un malade violent à l'hôpital devraient rester sur place jusqu'à la fin de l'évaluation ou jusqu'au moment où le personnel de sécurité de l'hôpital prend la relève. Les agents de police et le personnel de sécurité devraient être tenus de rester à proximité tant et aussi longtemps que le malade est dans la salle d'examen ou le service des urgences.
3. L'établissement devrait prévoir du personnel suffisamment nombreux, de force physique appropriée et dûment formé pour réagir promptement à l'alarme signalant une agression.
4. L'établissement adopte des mesures faisant en sorte que le personnel de sécurité est présent lorsque la situation l'exige. Il veille à la protection de son personnel tant pendant l'entrevue avec le malade que durant les déplacements de celui-ci dans les endroits sans surveillance.

IV. Mise en œuvre

1. L'établissement devrait désigner clairement l'instance responsable de la mise en œuvre des directives en matière de sécurité, et de l'enquête, du soutien et du suivi en cas de manifestation de violence à l'endroit d'un membre du personnel. Dans l'établissement d'enseignement, cette instance devrait également rendre compte de la situation au comité de l'éducation supérieure du service.

2. Il y a lieu de faciliter l'exécution prompte et officielle de l'enquête sur l'agression et de son compte rendu.
3. L'établissement devrait élaborer des directives précises quant au suivi et au soutien de la victime d'agression. L'incident doit être traité avec transparence, et le règlement déterminé doit satisfaire toutes les parties en cause.
4. L'établissement devrait mettre en place un mécanisme de recours auquel le résident pourrait faire appel si les normes de sécurité minimales n'étaient pas respectées.
5. Le programme de résidence ne devrait pas diriger de résidents ou d'autres stagiaires vers l'établissement qui a la réputation de ne pas respecter les normes de sécurité appropriées. L'établissement doit toujours veiller minutieusement à la sécurité du personnel dans la prestation des soins et des services de santé. Il ne doit pas forcer les résidents, ou d'autres stagiaires, à examiner des malades enclins à la violence, à moins d'assurer leur sécurité au mieux et d'appliquer des normes de sécurité raisonnables.
6. Dans l'éventualité où le résident victime d'agression convient après mûre réflexion de porter plainte contre le patient agresseur, l'hôpital et l'université devraient lui offrir le soutien logistique et affectif nécessaire.

Nul doute que des études méthodiques et des débats devraient creuser la question davantage. À l'évidence, le problème de la sécurité des stagiaires ne se limite pas au domaine de la psychiatrie, mais on a accordé trop peu d'importance jusqu'à présent au sujet de la prise en charge du malade susceptible de devenir violent dans la formation psychiatrique.

Les principaux sujets de préoccupation sont la mise en application de normes de sécurité raisonnables dans les établissements d'enseignement, la qualité de la formation à propos du malade au comportement violent, l'aide et le soutien nécessaires et l'appui du service et de l'établissement en cette matière.

Références

1. Tardiff K, Sweillam A. Assaultive behaviour among chronic inpatients. *Am J Psychiatry*. 1982;139 (2):212-215.
2. Tardiff K. Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am J Psychiatry*. 1984;141(10):1232-1235.
3. Tardiff K, Sweillam A. Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:164-169.
4. Tardiff K. Survey of five types of dangerous behaviour among chronic psychiatric patients. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1982;10(3):177-182.
5. Madden DJ, Lion JR, Penna MW. Assault on psychiatrists by patients. *Am J Psychiatry*. 1976;133:422-425.
6. Whitman RM, Armeo BB, Dent OB. Assault on the therapist. *Am J Psychiatry*. 1976;133:426-431.
7. Ryan EP, Hart VS, Messick DL, Aaron J, Burnette M. A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital. *Psych Serv*. 2004;55(6):665—70.
8. Flannery RB Jr. Precipitants to psychiatric patient assaults on staff.

- review of empirical findings, 1990–2003, and risk management implications. *Psychiatric Q.* 2005;76(4):317-26.
9. Flannery, R. B., Hanson, M. A., Rego, J. & Walker, A. P. (2003). Precipitants of psychiatric patient assaults on staff: preliminary empirical inquiry of the assaulted staff action program (ASAP). *Int J Emerg Mental Health.* 2003;5(3):141–6.
 10. Ruben I, Wolcon G, Tamamoto J. Physical attacks on psychiatric residents by patients. *J Nerv Ment Dis.* 1980;168:243-245.
 11. Fink DL, Dubin WR. Threats and assaults against psychiatric residents. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting; 1989, San Francisco (CA).
 12. Coverdale J, Gale C, Weeks S, Turbott S: A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Education.* 2001;35(2):154–9.
 13. Waddell AE, Katz MR, Lofchy J, and Bradley J. A Pilot Survey of Patient-Initiated Assaults on Medical Students During Clinical Clerkship. *Acad Psychiatry.* 2005;29(4):350-3.
 14. Lion JR, Snyder W, Merrill GL. Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hosp Community Psychiatry.* 1981;32:497-498.
 15. Chaimowitz GA, Moscovitch A. Patient assaults on psychiatric residents: the Canadian experience. *Can J Psychiatry.* 1991;36(2):107-111.
 16. Schwartz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psych Services.* 1999;50(3):381-3.