



HAL
open science

Repérage des prodromes de passage à l'acte par les équipes paramédicales en psychiatrie

Camille Rabourdin

► **To cite this version:**

Camille Rabourdin. Repérage des prodromes de passage à l'acte par les équipes paramédicales en psychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01382838

HAL Id: dumas-01382838

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382838>

Submitted on 17 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Année 2016

**REPÉRAGE DES PRODIGES DE PASSAGE À L'ACTE
PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES EN PSYCHIATRIE**

**THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT**

CAMILLE RABOURDIN

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTE DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le vendredi 7 octobre 2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL (psychiatrie)
Membres : M. le Professeur Maurice DEMATTEIS (addictologie)
M. le Professeur Vincent BONNETERRE (médecine du travail)
M. le Docteur Andrea PIERO (psychiatrie), *directeur de thèse*
Mme le Docteur Lucie PENNEL (addictologie)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

À M. le Professeur Thierry BOUGEROL, d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour ses conseils pédagogiques et d'orientation durant l'ensemble de mon internat.

À M. le Professeur Maurice DEMATTEIS, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et pour sa considération depuis que j'animais les tutorats à destination des étudiants en PACES.

À M. le Professeur Vincent BONNETERRE, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et pour m'avoir donné de la sensibilité pour la médecine du travail, et en particulier pour les risques psycho-sociaux, en m'accueillant dans ses consultations pendant mon externat.

À Mme le Docteur Lucie PENNEL, d'avoir accepté de siéger dans mon jury et pour sa transmission de savoir le long de mon externat et de mon internat.

À Andrea, d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse ; pour sa présence bienveillante depuis mes premiers pas d'interne jusqu'à la soutenance de ma thèse.

Et dans l'ordre d'apparition :

À mes parents, pour leur soutien pendant mes longues études, sur les plans matériel et humain ; pour la fierté qu'ils me témoignent chaque jour.

À Damien et Thomas, mes petits frères dont je suis fière, devenus grands et diplômés bien avant leur sœur aînée.

À ma grande famille, grands-parents, oncles, tantes, cousin(e)s ; en particulier à Michel qui serait fier de moi et à Véro pour notre complicité.

À tous ceux qui ont su préserver et entretenir mon amour pour la musique et pour la montagne, qui contribuent au maintien de mon équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle.

À mes amis, pour leur fidélité malgré la distance et mes études prenantes et prolongées, et notamment Alexia, Noémie, Jérémy, Célia ; à Oliver, pour tout ce que tu m'as donné, gardes-en un peu pour toi.

À mes filleuls, Lou et Calvyn, pour leur jeunesse et leur énergie communicatives.

À ma belle-famille, pour leur accueil toujours chaleureux depuis mon arrivée à Grenoble pour mes études ; spécialement à Marie, Totor, Roger, Ginette, Lili, le Bop', Maxime et Margaux.

À ces rencontres merveilleuses qui ont fait grandir ma vocation de médecin psychiatre : M. MUTI, Dr Jean-Paul CHABANNES, Dr Marieke VERMETTEN, Anne-Claire MARION, Dr Virginie NOEL, Dr Gentiane CAMBIER et Dr Annie LAURENT pour les grands pas, mais je n'oublie pas ceux qui m'en ont fait franchir des petits...

À mes collègues, rencontrés au fil de ces onze années, et depuis devenus bien plus : Joris, Nouredine, Anne-Laure, Rym, Rémi, Leonid, Anaïs, Flavien, David, Vanessa, Philippe, Marie, Bruno, Julien, parmi tant d'autres... ; à Sylvain, pour avoir su recolorer les émotions de ma vie, et mettre du bonheur dans la lecture de chaque jour.

À mes médecins séniors, qui, pendant mes stages, ont patiemment éduqué le bébé interne que j'étais, pour l'amener jusqu'au doctorat : Amandine, Aurélie, Monique, Bassem, Yves, Pascale, Radu, Claude, Toufik.

À chaque personnalité, nombreuses, rencontrées dans les équipes de soins, qui ont accompagné ma réflexion et mon positionnement clinique, et ont évidemment participé à enrichir ce travail ; je pense aux soignants du Cèdre, de l'UPMI, de Winnicott, des Spécialités, de l'interFAS (une pensée spéciale pour Alain), du 104, du CMP les Oréades, de l'EMLPP.

À Caroline, pour son aide indispensable depuis la genèse de ce projet à sa finalisation, en passant par l'élaboration, l'analyse, la logistique, la motivation... : ce travail t'appartient tout autant.

À l'ensemble des équipes soignantes des unités de psychiatrie générale adulte du Centre Hospitalier Alpes-Isère, et leur encadrement, qui ont accepté de me donner de leur temps, de leur ressenti, de leur sincérité, pendant ce travail de recherche ; sans oublier le centre de documentation du CHAI, l'équipe du SAGI et sa cadre Claire, l'équipe du Standard-Accueil, Mme RASTOLL, Mme CHAVALLARD, Mme VIAL, Mme ENDERLE, M. CHVETZOFF, Mme DROST.

Enfin, à Arnaud, pour son amour, pour sa patience, pour sa confiance : chaque jour et depuis des années ; pour son soutien permanent dans les projets que nous avons mené main dans la main avec brio, et ceux qui sont à venir.

- 0 -

Son papa expliqua que d'abord il avait étudié la médecine comme pour devenir un vrai docteur, et puis après il avait étudié la psychiatrie parce que là aussi, comme les autres docteurs, on pouvait aider les gens à aller mieux.

François LELORD, dans « Petit Hector apprend la vie »

SOMMAIRE

1. Contexte et enjeux de l'étude	6
2. Mise en place de l'étude	8
3. Valorisation de l'étude et perspective	10
4. Article	11
1. Résumé en français	12
2. Résumé en anglais	13
3. Introduction	14
4. Méthodes	15
5. Résultats	18
6. Discussion	22
7. Tableaux et figures	27
5. Conclusion	32
6. Bibliographie.....	33
7. Annexes	36
1. Registre de la CNIL lié à l'établissement le 5 novembre 2015	36
2. Copie d'écran du logiciel de déclaration des EI Signal WEB	37
3. Exemple du registre d'interventions du SAGI.....	38
4. Grille ALARM (Association of Litigation And Risk Management)	39
5. Grille d'entretien semi-directif	42
6. Serment d'Hippocrate	44

1. CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ETUDE

La dangerosité du patient psychiatrique, pour lui-même et pour autrui, est à l'origine d'un débat ancien et qui reste d'actualité de nos jours.

Chez les patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale, cette dangerosité peut s'exprimer au travers de deux grandes catégories d'évènements : l'auto-agressivité (tentative de suicide (TS) et suicide (S)) et l'hétéro-agressivité (HA). Ces derniers peuvent aussi survenir au décours d'une sortie non autorisée (SNA), dite « fugue » dans le langage oral.

Les évènements décrits peuvent avoir des conséquences gravissimes pour le patient, sur le plan de sa santé (auto-agressivité jusqu'au décès) comme sur celui de son parcours de soins (hétéro-agressivité avec conséquences légales, durée d'hospitalisation, jusqu'au transfert en Unité pour Malades Difficiles UMD). Ils peuvent tout autant causer des séquelles psychosociales pour les soignants impliqués (conséquences directes lorsqu'ils sont victimes d'agression ou vécus de culpabilité vis-à-vis de l'incapacité à éviter la survenue de cette dernière). Illustration de l'importance du sujet ces dernières années : des professionnels de santé en psychiatrie ont été mis en cause par la justice, suite à des faits divers dramatiques d'hétéro-agressivité de la part de leurs patients. C'est en réalité toute la question de la responsabilité médicale et de la prévention de ces passages à l'acte qui est remise au centre d'un débat qui se politise.

Même si des signes prodromiques de passage à l'acte clairs et univoques n'ont jamais pu être mis en évidence, les soignants remarquent souvent, en pratique, que leurs observations sur les comportements et la symptomatologie des patients peuvent permettre la mise en place de mesures rapides et efficaces de prévention. L'observation quotidienne des patients n'a de richesse que par l'implication des équipes de soins à chaque instant à leurs côtés, et par la manière dont elle est transmise au psychiatre responsable, afin d'orienter plus finement la prise en charge médicale. Ces données sont majoritairement de l'ordre du ressenti, et sont difficiles à prendre en compte en pratique médicale (sur le plan de leur

détection comme de leur transmission), même si elles constituent aussi le cœur du lien thérapeutique patient-soignant.

L'enjeu de cette étude est donc de mettre en relation les notifications objectives et ressenties des équipes soignantes précédant les évènements cibles de l'étude : passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs ou sorties non autorisées avec des conséquences graves. Ces passages à l'acte survenant chez les patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale ont été analysés pendant une période donnée. Les objectifs étaient : 1) de décrire la population des patients commettant des passages à l'acte au cours d'une hospitalisation en psychiatrie ; 2) de repérer dans ce groupe de patients des prodromes des passages à l'acte afin de proposer des pistes d'amélioration du travail pluridisciplinaire « dans le monde réel » pour limiter la survenue de ces évènements indésirables.

2. MISE EN PLACE DE L'ETUDE

L'étape préliminaire à l'implantation de ce type de travail au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) de Saint-Égrève a été une recherche bibliographique, notamment sur les prodromes des passages à l'acte décrits dans la littérature, par les médecins mais aussi par les professionnels paramédicaux. Ces informations ont permis la définition plus exacte du périmètre de l'étude et de sa méthodologie.

La mise en place de cette étude dans les 12 unités de psychiatrie générale adulte du CHAI a nécessité un travail institutionnel, pour obtenir l'adhésion de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Celui-ci a été articulé avec la participation du Comité de Soutien à la Recherche (CSR).

La première étape, d'une durée de 6 mois, a donc consisté en un travail de communication auprès des services Qualité et Direction des Soins. Le projet a été présenté et validé par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Afin d'informer les équipes de soins, il a été également présenté en réunion des cadres supérieurs, pour que chaque cadre de santé des unités concernées en soit avisé. Par la suite, la démarche méthodologique de recherche a été détaillée aux équipes soignantes lors d'une relève infirmière dans chaque unité, au SAGI (Service d'Accueil et de Garde Infirmier) et au Bureau des Entrées (BdE).

La deuxième étape a duré 6 mois, du 7 novembre 2015 au 6 mai 2016.

D'une part, il s'agissait de l'inclusion des événements correspondant à nos critères (précisés dans l'article) et survenus pendant la période dans les unités concernées, au moyen de trois voies d'entrée : le Bureau des Entrées (BdE), le logiciel de déclaration des Évènements Indésirables (EI) Signal WEB (**annexe 2**) et le registre d'interventions du SAGI (**annexe 3**). Les SNA notifiées par mail au BdE nous parvenaient par reroutage de mail. Nous étions informés des Évènements Indésirables Graves liés aux Soins déclarés dans le logiciel Signal WEB par le Service Qualité. Enfin, le registre d'interventions du SAGI faisait l'objet d'un relevé hebdomadaire pendant la période d'inclusion.

D'autre part, le recueil des prodromes des passages à l'acte auprès des équipes soignantes a été réalisé au moyen d'une analyse ALARM (Association of Litigation And Risk Management) (**annexe 4**) et d'un entretien semi-directif (**annexe 5**), au cours d'un entretien programmé, si possible, dans les 3 semaines suivant la survenue de l'événement [3, 4]. La grille d'entretien semi-directif a été élaborée à partir des objectifs de l'étude et des données de la littérature. La grille ALARM était complétée par le Service Qualité, lorsque l'événement avait été déclaré comme EIG dans le logiciel Signal WEB. Dans le cas contraire, sa passation précédait l'entretien semi-directif. Les éléments recueillis dans la grille ALARM constituent une base de prodromes objectivables, alors que ceux recueillis au cours de l'entretien semi-directif se focalisent sur les vécus et ressentis subjectifs des soignants.

Enfin, les dossiers médicaux et de soins infirmiers des patients auteurs de passages à l'acte étaient consultés parallèlement à ces entretiens, à la recherche d'éléments objectifs et subjectifs retranscrits par écrit avant le passage à l'acte.

La dernière étape d'une durée de 5 mois, a été l'occasion d'analyses statistiques effectuées en collaboration avec le Comité de Soutien à la Recherche du CHAI.

Les données statistiques ont fait l'objet de réflexions et de discussions dans des groupes de travail pluridisciplinaires (groupes d'Amélioration des Pratiques Professionnelles APP et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles EPP), afin de décrire des pistes d'amélioration du travail pluridisciplinaire dans l'établissement, autour de la prévention des passages à l'acte.

3. VALORISATION DE L'ETUDE ET PERSPECTIVE

Afin d'élargir les retombés des résultats, une démarche d'APP a été initiée parallèlement au travail de thèse. Elle se justifiait par la survenue d'évènements indésirables graves (auto- ou hétéro-agressivité, sorties non autorisées) dans l'enceinte du CHAI, et par les nouveaux objectifs de la démarche qualité et gestion des risques.

Cette APP visait à exploiter les données recueillies dans le cadre du projet de thèse afin d'améliorer la gestion des risques liés aux passages à l'acte dans les unités de soins. Le but étant d'optimiser les observations de l'équipe soignante et de proposer un outil permettant, pour la pratique clinique quotidienne, d'améliorer le repérage des signes prodromiques, la transmission de l'information et donc, la prise en charge du risque de passage à l'acte.

Le groupe de travail, constitué de professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs, a permis d'enrichir la réflexion du travail de thèse et de proposer des pistes d'amélioration concrètes dans la communication autour des prodromes des passages à l'acte repérés dans les unités. Ces dernières figurent dans la discussion de l'article, et seront présentées dans les différentes instances institutionnelles.

Une prolongation de l'étude, dont l'objectif porterait sur l'évaluation de ces nouveaux outils, pourrait se révéler pertinente.

Cet article pourra être soumis à publication dans une revue de psychiatrie ou de qualité des soins.

4. ARTICLE

REPÉRAGE DES PRODROMES DE PASSAGE À L'ACTE PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES EN PSYCHIATRIE

¹I RABOURDIN Camille, ²RZEPA Caroline, ³PIERO Andrea*

¹Interne, Centre Hospitalier Alpes Isère, Saint Égrève 38120;
Université Grenoble Alpes Grenoble, 38000

²Attachée de Recherche Clinique, Centre Hospitalier Alpes Isère,
Comité de Soutien à la Recherche,
3 Rue de la Gare, Saint Égrève 38120

³Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Alpes Isère, Comité de Soutien à la Recherche,
3 Rue de la Gare, Saint Égrève 38120

1. Résumé en français

Objectifs : La dangerosité des patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale s'exprime au travers de deux principales catégories d'événements : l'auto-agressivité et l'hétéro-agressivité. Ces passages à l'acte peuvent être précédés de prodromes identifiés par les équipes paramédicales, mais difficiles à objectiver. L'objectif de cette étude était de décrire ces prodromes afin de proposer des solutions d'amélioration de leur communication.

Méthode : Une étude épidémiologique descriptive prospective sur six mois a été menée au Centre Hospitalier Alpes Isère. Les passages à l'acte signalés pendant la période de l'étude et engendrés par des patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale étaient recrutés. L'analyse de leurs prodromes était réalisée au moyen d'une grille ALARM et d'un entretien semi-directif soumis dans les trois semaines suivant l'événement. Les dossiers médicaux et de soins infirmiers étaient consultés en parallèle. **Résultats :** 30 événements sont survenus pendant la période de l'étude. 25 ont pu être analysés. 32 % de ces événements étaient considérés comme évitables par les soignants. Les patients concernés par les passages à l'acte étaient significativement plus de sexe masculin que la population de l'établissement ($p = 0,0063$). Ils avaient significativement plus d'antécédents de séjour en unités spécialisées ($p < 0,0001$), ils étaient significativement plus hospitalisés sous contrainte ($p = 0,0016$) et placés en chambre d'isolement ($p < 0,0001$). Les soignants rapportaient des relations de soin conflictuelles avec ces patients, et une dégradation clinique préalable au passage à l'acte décrite dans 80 % des situations. Une régression logistique a montré qu'une longue durée d'hospitalisation et une réduction de la fréquence du suivi médical constituaient des variables prédictives d'un ressenti, par les soignants, de l'évitement possible d'un passage à l'acte. **Conclusion :** Le ressenti par les soignants de l'évitement possible d'un passage à l'acte semble être associé aux modalités de prise en charge de ces patients. L'organisation hospitalière des soins devrait davantage tenir compte des dégradations de communication médecin-soignants, concernant les patients les plus susceptibles de passer à l'acte.

Mots clefs : *Agressivité, Passage à l'acte, Suicide, Symptômes prodromiques, Tentative de suicide*

2. *Résumé en anglais*

Description of the prodromal symptoms of acting out by psychiatric health care staff

Aims: In general psychiatry, two main categories of events show the dangerousness of adult inpatients: suicide and aggression. Psychiatric health care staffs describe prodromal symptoms, which can precede these acting out events but are difficult to assess. The aim of this study was to describe these prodromal symptoms, and give solutions to improve their communication. **Methodology:** A descriptive epidemiological prospective study was conducted for 6 months in Alpes-Isère Hospital. Acting outs were included when they were reported during the study time, and enacted by adults inpatients hospitalized in general psychiatric units. To analyse the prodromal symptoms, an ALARM scale and a semi-structured interview were organized during the three weeks after the event. Medical and nursing files were consulted in parallel. **Results:** 30 acting outs took place during the study time, 25 could be analysed. Health care staff considered that 32 % of these events could have been avoided. Patients concerned by the acting out events were significantly more male than overall hospital inpatient population ($p = 0,0063$). They had a significantly larger history of hospitalisation in specialized units the hospital inpatients population ($p < 0,0001$), their hospitalisations were significantly more compulsory ($p = 0,0016$) and they were significantly more hospitalized in isolation rooms ($p < 0,0001$). Health care staff described conflicted therapeutic relationships with these patients, and a clinical worsening prior to the acting outs in 80 % of the cases. A logistic regression showed that a long stay in hospital and a reduction of the frequency of medical appointments were, according to healthcare staff, predictive variables of a possible avoidance of acting out. **Conclusion:** The possible avoidance of acting out, as felt by the healthcare staff, seems to be associated with the methods of patient care. Hospital care organisations should consider improving communication between psychiatrists and health care staff, concerning inpatients with the highest risk of acting out.

Key words: *Aggression, Acting out, Suicide, Prodromal symptoms, Attempted suicide*

3. Introduction

La dangerosité des patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale s'exprime au travers de trois évènements : l'auto-agressivité (tentative de suicide (TS) et suicide (S)), l'hétéro-agressivité (HA) et la sortie non autorisée (SNA), dite « fugue » dans le langage oral. L'expression de cette dangerosité est fréquente pendant l'hospitalisation. En effet, dans le monde, l'incidence du suicide en hôpital psychiatrique serait de l'ordre de 250 pour 100 000 admissions [1]. Et parmi les patients hospitalisés, 13,7 % présenterait des comportements hétéro-agressifs pendant leur hospitalisation [2].

Les prodromes de ces passages à l'acte sont peu décrits dans la littérature. Lorsqu'ils sont discutés, il s'agit surtout de signes cliniques repérés au cours d'entretiens médicaux. Or, les patients hospitalisés sont le plus souvent au contact des soignants paramédicaux pendant ces temps de soins intensifs, et il est surprenant que très peu d'articles mentionnent les prodromes des passages à l'acte repérés par les équipes de soins.

Par ailleurs, dans la pratique quotidienne, il est fréquent que les prodromes et les changements cliniques des patients hospitalisés soient identifiés en premier lieu par les membres des équipes paramédicales, avant d'être retransmis aux médecins, afin d'adapter au mieux la prise en charge. Ces changements cliniques peuvent être formalisés dans les dossiers de soins infirmiers. Mais la plupart du temps, ils appartiennent au vécu et au ressenti des soignants, et se transmettent par le langage oral. Ils peuvent alors constituer des prodromes subjectifs, dont la transmission n'est pas protocolisée, et dont la portée clinique peut être difficile à appréhender par les médecins.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'ensemble des prodromes repérés par les équipes paramédicales (données subjectives non retranscrites et données objectives notifiées dans les dossiers de soins infirmiers) précédant les passages à l'acte auto- et hétéro-agressifs ou les SNA, chez des patients hospitalisés en psychiatrie adulte au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI). L'objectif secondaire était de proposer des pistes d'amélioration du travail pluridisciplinaire, permettant une meilleure prise en compte de ces signes, afin de limiter ces passages à l'acte.

4. Méthodes

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive prospective sur 6 mois, menée au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI) de Saint-Egrève. Cette étude a été enregistrée dans le registre de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) lié à l'établissement le 5 novembre 2015 (**annexe 1**).

Population et procédures

Du 7 novembre 2015 au 6 mai 2016, les passages à l'acte correspondant aux critères d'inclusion ont été recensés dans les 12 unités d'hospitalisation complète de psychiatrie générale adulte de l'établissement. Les critères d'inclusion étaient les événements de type suicide (S), tentative de suicide (TS), hétéro-agressivité physique (HA) et sortie non autorisée (SNA) avec notion tracée de dangerosité (conséquences ou certificat) ou conséquences médico-légales ; les auteurs de ces événements étaient des patients majeurs, hospitalisés sous contrainte ou en soins libres pendant la période de l'étude. Les événements découlant d'agissements de patients mineurs, présentant un diagnostic de trouble envahissant du développement ou hospitalisés dans l'unité d'addictologie étaient exclus. 30 passages à l'acte ont été répertoriés, par trois voies de recrutement : le bureau des entrées (BdE) pour les SNA, le logiciel de déclaration des événements indésirables de l'établissement Signal WEB (prise en compte des événements indésirables graves liés aux soins) (**annexe 2**) et le registre d'interventions du Service d'Accueil et de Garde Infirmier (SAGI) (**annexe 3**), relevé de façon hebdomadaire.

Trois semaines [3, 4] environ après la survenue d'un passage à l'acte, les membres de l'équipe soignante volontaires, référents du patient et/ou présents pendant l'événement étaient rencontrés. Les prodromes objectifs ont été décrits au moyen d'une analyse ALARM (Association of Litigation And Risk Management) (**annexe 4**) administrée par le service Qualité, ou à défaut par l'investigateur. Les prodromes subjectifs ont été identifiés par la passation d'un entretien semi-directif (**annexe 5**), réalisé par l'investigateur. En parallèle, les dossiers médicaux et de soins infirmiers ont été consultés.

Pour des raisons organisationnelles, seuls 25 événements ont pu être analysés.

Matériel

Grille ALARM (Association of Litigation And Risk Management) : protocole créé en 1999 [5], reconnu par la Haute Autorité de Santé (HAS) et utilisé dans les systèmes de soins pour enquêter et analyser des incidents, dont les objectifs sont : l'identification des causes immédiates d'un événement et la recherche des facteurs contributifs, afin de créer un environnement de soin plus sûr.

Grille d'entretien semi-directif : construite dans le cadre de ce travail pour l'évaluation des prodromes des passages à l'acte, d'un point de vue subjectif essentiellement. Ses critères ont été choisis à la fois pour aborder des thèmes précis, mais également permettre une expression plus libre des points de vue subjectifs des soignants rencontrés.

Logiciel de déclaration des événements indésirables Signal WEB : permet au service de gestion des risques de l'établissement de centraliser, suivre et analyser l'ensemble des déclarations d'événements indésirables ; pour le déclarant, permet une simplification de la procédure et l'obtention plus facile d'un retour sur l'événement concerné.

Registre d'interventions du Service d'Accueil et de Garde Infirmier (SAGI) : registre journalier répertoriant l'ensemble des interventions du service, et servant de base de données statistiques interne à l'établissement.

Analyses statistiques

Toutes les données ont été analysées à l'aide du programme SPSS (*Statistical Package Social Sciences*) version 11.5. Des corrections pour analyses multiples ont été appliquées dans les tests *post hoc* (Bonferroni). Dans toutes les analyses, le seuil de signification p a été considéré comme significatif lorsqu'il était inférieur à 0,05.

Les variables étaient de trois types : qualitatives/catégorielles (recodées en variables quantitatives pour les besoins de l'analyse statistique), dichotomiques (0/1) ou quantitatives/continues. La liste des variables est à disposition à la demande du lecteur intéressé.

Les analyses des données ont été effectuées en quatre étapes : 1) description de l'échantillon (tables de fréquence, moyenne, médiane et indices de dispersion) ; 2) mesures

d'association entre différentes variables qualitatives (Test du Khi2 et de Fisher) ; 3) analyses multi-variées permettant la comparaison des différents types d'évènements indésirables pour des variables catégorielles ou continues ; 4) régression logistique avec, comme variable dépendante, le sentiment d'évitement possible du passage à l'acte (oui/non), et comme variables indépendantes, plusieurs parmi les variables catégorielles et continues déjà décrites (voir résultats).

Au vu des faibles dimensions de l'échantillon, la méthode Wald (ascendante pas à pas) a été utilisée.

5. Résultats

Description des passages à l'acte

30 passages à l'acte ont été inclus pendant la période de l'étude. La répartition des modes de signalement est décrite dans la **figure 1** et la répartition par types d'événement dans la **figure 2**. 19 évènements (67 %) sont survenus en semaine, avec une prévalence importante pour le vendredi (11 évènements soit 37 % de la totalité), et en journée dans 84 % des situations.

Description de la population

Les principales caractéristiques de la population sont explicitées dans le **tableau I**.

La médiane d'âge des patients inclus était de 41 ans, la moyenne de 44 ans. La médiane d'âge de l'ensemble des patients hospitalisés au CHAI en 2015 était de 38 ans, la moyenne de 44 ans. Les patients inclus dans notre étude étaient majoritairement des hommes, alors que la population de patients hospitalisés au CHAI en 2015 était majoritairement constituée de femmes (différence statistiquement significative : hommes : 92 % vs 41 %, test de Fisher, $p = 0,0063$).

Les évènements de notre étude ont impliqué significativement plus de patients aux antécédents de séjour en Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie (USIP) / Unité pour Malades Difficiles (UMD) que l'ensemble des patients ayant séjourné au CHAI sur l'année 2015 (36 % vs 0,83 %, test de Fisher, $p < 0,0001$).

Les patients concernés par les évènements de notre étude étaient significativement moins hospitalisés en Soins Libres (SL) que l'ensemble des patients ayant séjourné au CHAI en 2015 (20 % vs 66,3 %, test de Fisher, $p = 0,0085$) et significativement plus hospitalisés en Soins à la Demande d'un Tiers (SDT) / Soins pour Péril Imminent (SPI) (60 % vs 25,7 %, test de Fisher, $p = 0,0016$). Il n'y a pas eu de différence significative concernant le mode d'hospitalisation en Soins à la Demande d'un représentant de l'État (SDRE).

Les patients de notre étude étaient significativement plus hospitalisés en chambre d'isolement que l'ensemble des patients hospitalisés au CHAI en 2015 (28 % vs 3,7 %, test de Fisher, $p < 0,0001$).

En moyenne, le traitement médicamenteux des patients inclus comportait un antipsychotique (1,08) et un régulateur de l'humeur (0,96). Il s'agissait de patients pour

lesquels étaient décrits des problèmes d'observance médicamenteuse (76,2%). Ils présentaient un faible niveau d'*insight* pour 88 % d'entre eux.

Sur la période 2014-2015, la moyenne du nombre de séjours par patient inclus dans l'étude était de 2,2, avec une durée moyenne de séjour de 126,7 jours. Pendant leur séjour hospitalier, les patients inclus bénéficiaient d'entretiens médicaux en moyenne tous les 4,3 jours (entretien médical quotidien pour 11 patients (44%)). Le dernier entretien médical avant la survenue du passage à l'acte datait en moyenne de 2,4 jours (médiane 1 jour). Il n'y avait pas d'échéance de sortie pour 96 % d'entre eux.

Description des soignants rencontrés et de leurs conditions de travail

69 soignants ont été rencontrés au cours de l'étude, dont 52 infirmiers (4 étaient diplômés en Soins Psychiatriques IDSP) et 9 aides-soignants. Des étudiants infirmiers, agents de service hospitalier (ASH) et cadres de santé ont également participé à l'étude.

En moyenne, 3 soignants étaient présents lors de la passation des entretiens, dont 2 infirmiers. La moyenne de l'ancienneté en psychiatrie des personnels rencontrés était de 10,5 ans, avec une dispersion de 1 à 36 ans ; la médiane était de 8 ans. Dans 24 entretiens (96 %), au moins un soignant présent à cet entretien l'était également au moment de l'événement. La déclaration des évènements indésirables relevait des missions du cadre de santé dans 76 % des cas.

Les relations des équipes avec les médecins étaient jugées dégradées pour 44 % (mauvaise compréhension de la prise en charge et absence de communication). Avec les cadres de santé, elles l'étaient pour 36 % (manque de consensus et de présence). Les relations dans les équipes étaient jugées satisfaisantes pour la majorité (92 %).

Lors de l'événement, en moyenne 1,2 soignant de sexe masculin composait l'équipe présente. Une surcharge de travail était rapportée dans 8 situations (32 %). Peu de problèmes de planning (20 %), d'effectif (20 %) ou d'organisation du travail d'équipe ont été notifiés. La formation continue était jugée satisfaisante à 96 %, et dans 5 unités (36 %) aucune supervision n'était organisée. Des problèmes d'informatique ou règlementaires ont

rarement été rapportés (12 %). 13 équipes (52 %) ont évoqué des désagréments relatifs à la fonctionnalité des bâtiments (conception de l'espace, défaut matériel...).

Prodromes subjectifs des passages à l'acte

Sur le plan de la relation des patients avec leur entourage, les soignants décrivaient dans 72 % qu'elles étaient inexistantes ou distantes. Lorsqu'elles existaient, l'entourage était présenté comme opposé aux soins pour deux tiers. Concernant les relations des patients avec les soignants, 28 % d'entre eux indiquaient qu'elles étaient bonnes, et elles apparaissaient conflictuelles ou distantes dans 64 % des cas.

Les soignants exprimaient à 44 % une peur ou une méfiance vis-à-vis du patient concernant son risque de passage à l'acte. Ils constataient une dégradation clinique antérieure au passage à l'acte dans 80 % des situations : 40 % d'altération des troubles psychiatriques, 36 % des troubles du comportement et 4 % des troubles somatiques. Ils jugeaient à 36 % qu'il y avait eu un retard ou une absence de consensus dans la prise en charge médicale du patient.

Dans les Dossiers de Soins Infirmiers (DSI), avant le passage à l'acte, les observations cliniques infirmières rapportaient : 87,5 % de signes d'agressivité extériorisée, 56 % de manifestations d'intolérance à la frustration, 40 % de changements thymiques, 33,4 % d'attitudes provocatrices, 25 % de troubles des fonctions instinctuelles et 20,8 % de difficultés d'observance. Dans 45,8 %, un rappel du cadre de soins a été fait au patient, et a été inscrit dans les DSI.

Les soignants rapportaient pour 32 % une sensation d'évitement possible de la survenue de l'événement (lors de l'entretien).

Concernant les transmissions orales entre équipes de soins avant la survenue du passage à l'acte, aucune information spécifique n'avait été transmise dans 40 % des situations. Les soignants ont évoqué le sentiment que le patient allait « moins bien » pour 24 %. Un manque de transmission d'une information clinique importante a été relevé dans 20 % des cas.

Analyses par type d'événement

Les résultats des analyses multi-variées par type de passages à l'acte sont renseignés dans le **tableau II**.

Régression logistique

Deux modèles de régression logistiques étaient significatifs : le premier avec la seule variable « fréquence hebdomadaire du suivi médical », et le second avec la variable « délai entre entrée dans l'unité et passage à l'acte » (**tableau III**). Ces deux modèles classaient correctement 75 % des patients.

Le suivi médical hebdomadaire pour les patients pour lesquels la sensation de l'équipe était que l'événement aurait pu être évité était de 2,56 fois en moyenne par semaine ($\pm 2,11$) contre 5,15 pour les autres ($\pm 2,44$), et le délai entre entrée et passage à l'acte de 330 jours (± 343) et de 123 jours (± 273) respectivement.

6. Discussion

Malgré les faibles données de la littérature concernant les prodromes des passages à l'acte repérés par les équipes paramédicales, la description de la population des patients de notre étude semble converger vers un même profil de patient plus susceptible de passer à l'acte au cours d'une hospitalisation en psychiatrie [6-20]. En effet, il s'agit des hommes jeunes, isolés sur les plans social et familial, sans profession, bénéficiaires d'allocations et de protection de biens. Sur un plan clinique, ces patients présentent une consommation de toxiques multiple, des antécédents judiciaires, somatiques et psychiatriques importants (diagnostic de psychose chronique) avec des difficultés d'observance thérapeutique, une faible compréhension des troubles, des antécédents d'auto- et hétéro-agressivité. Il s'agit le plus souvent de patients ayant un séjour prolongé à l'hôpital, avec des antécédents de séjours hospitaliers répétés, et notamment en unités spécialisées. Les conditions de leur hospitalisation sont restrictives, avec une contrainte de soins, des consignes strictes voire un placement en chambre d'isolement. Le cadre légal de cette dernière mesure d'isolement a été nouvellement mis à jour dans l'article L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique (27 janvier 2016). Le placement en chambre d'isolement doit rester exceptionnel, et illustre la surveillance la plus intensive qui existe en soins psychiatriques. Dans notre étude, il ne semble donc pas prévenir la survenue d'un passage à l'acte. En accord avec la littérature, l'association des trois principaux facteurs de risque suivants peut servir de point d'appel pour une évaluation plus approfondie du risque de passage à l'acte : antécédents de violence et de comportements impulsifs, trouble mental sévère, toxicomanie actuelle ou sevrée [21].

On retrouve dans l'échantillon de l'étude une majorité de passages à l'acte hétéro-agressifs. Les périodes les plus à risque ne seraient pas, comme décrit dans la littérature, les périodes de transmission entre équipes soignantes [22]. De même, la mixité de l'équipe ne semble pas limiter le risque de passage à l'acte, alors qu'elle a pu être décrite comme un facteur de désamorçage de certains d'entre eux [23]. Il est intéressant d'observer que le vendredi est pourvoyeur de plus d'un tiers des événements relevés, en ce que ce jour (veille de week-end) peut être porteur d'une incertitude pour les patients concernés, sans projet de sortie et avec des entretiens médicaux plus espacés. Il en résulte pour les soignants un sentiment de

retard dans la prise en charge, alors que, dans le dossier médical, des changements récents sont notifiés.

Concernant les prodromes subjectifs de passages à l'acte, la prise en compte des observations et des ressentis des soignants paramédicaux pourrait constituer une cohorte de signes d'alerte avant que ces passages à l'acte ne surviennent. Effectivement, on retrouve dans cette étude des éléments cliniques déjà décrits dans la littérature [6, 12, 17, 23, 24]. Il s'agit de patients avec qui les soignants ont une relation distante, ainsi qu'avec leur entourage, qui est vécu comme non soutenant ou opposant à la prise en charge. La plupart du temps, les antécédents d'HA ou de TS sont connus, et les soignants ont le sentiment qu'ils devraient être mieux pris en compte. En effet, ces derniers semblent associés à un risque de récurrence, quelle que soit la nature du passage à l'acte. Ces patients suscitent donc souvent un sentiment de méfiance ou de peur auprès des soignants. Et très fréquemment, des signes de dégradation clinique sont décrits (tant par oral que par écrit), quelle que soit l'ancienneté des personnels concernés. Ces symptômes peuvent être considérés comme l'expression d'une souffrance mal mentalisée ou mal formulée, qui prend sens rétrospectivement après le passage à l'acte [25]. Leur observation contribue à générer, chez les soignants, le sentiment que le passage à l'acte aurait pu être évité [26]. Mais malgré leur vigilance, la dégradation des relations médecins-soignants semble être un frein à la verbalisation des vécus prodromaux, et donc à la prise en compte des signes précurseurs de passages à l'acte.

L'analyse des résultats de la régression logistique montre comme ce sentiment d'évitement possible, qui a du mal à se traduire dans des actions au quotidien, serait en réalité clairement associé à deux variables simplement objectivables : la durée de l'hospitalisation et la fréquence des entretiens médicaux pour ces patients.

Il ne s'agirait donc pas de difficultés aspécifiques de communication entre soignants et corps médical à l'origine des passages à l'acte [12, 17, 23, 26, 27], mais d'une progressive dégradation de l'attention des médecins concernant certains patients difficiles, pour lesquels l'hospitalisation se prolonge dans un cadre strict, et fréquemment dans un flou sur la date de sortie. Pour ces patients, une longue durée d'hospitalisation deviendrait donc iatrogène et démotiverait aussi le corps médical, par le biais de sentiment d'impuissance et d'inefficacité, en le rendant sourds aux alarmes des soignants.

D'autres études seraient nécessaires pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Ces résultats suggèrent donc qu'il existerait deux types de prodromes de passages à l'acte : 1) des éléments cliniques et personnels déjà décrits dans la littérature et qui souvent deviennent des prodromes une fois que l'acte est intervenu (sans sensation d'évitement possible) ; 2) des difficultés de communication qui seraient liées à des situations spécifiques d'hospitalisation de longue durée et d'affaiblissement dans la prise en charge médicale. Même quand des changements objectivables dans la prise en charge médicale sont décrits, il semblerait que les soignants aient besoin d'un temps pour se les approprier, les mentaliser, et les traduire dans la prise en charge au quotidien de ces patients. Bien qu'il n'y ait pas de surcharge de travail, ni de période de réduction d'effectifs authentifiable, les soignants se sentiraient insécurisés et déstabilisés dans leur travail quotidien quand ce temps d'échange avec le médecin se réduit.

Cette étude permet donc d'ouvrir la réflexion sur les pratiques, et de proposer des outils pour la clinique quotidienne.

En premier lieu, il s'agit d'élaborer pour ces patients « difficiles » un projet de soin pluridisciplinaire, avec une temporalité bien définie (courts séjours) et une prise en charge médicale intensive. Le patient doit être régulièrement informé, et deviendrait alors plus actif et acteur de sa prise en charge [17]. Il paraît par ailleurs indispensable d'articuler ce projet, dès sa genèse, avec les perspectives de sortie et de relai sur l'extrahospitalier, afin de limiter l'isolement social et familial du patient. Le travail précoce avec l'entourage et les associations de patients et de familles prend donc un caractère quasi obligatoire [17].

En second lieu, la libre circulation de la parole dans les équipes se doit d'être soutenue, afin de limiter les incompréhensions entre les professions médicales et paramédicales [12, 17]. L'entretien semi-directif réalisé dans le cadre de ce travail, semble avoir joué un rôle important dans l'organisation de temps d'écoute dans les équipes, à l'issue d'évènements indésirables traumatiques [17]. L'objectif étant que les prodromes du passage à l'acte, la survenue de celui-ci et sa gestion a posteriori, fassent expérience pour les évènements à venir. Des études portant sur la mise en place et l'évaluation de ces propositions devront être menées.

Depuis ces dernières années, les politiques de santé mettent en avant l'efficacité et la sécurité des services hospitaliers [28]. Elles redéfinissent des concepts de qualité des soins, et notamment celui d'évènement indésirable. En pratique clinique, ce dernier ne conserve pas exactement la même définition, ceci expliquant en partie la différence, observée dans notre étude, dans la déclaration des événements indésirables graves liés aux soins en fonction de la subjectivité de chaque professionnel. Ces nouvelles orientations politiques, bien qu'indispensables, tendent à rationaliser les soins [12], et à prédire, anticiper voire éradiquer la survenue d'un événement qualifié d'indésirable [29]. Cette étude rappelle que, bien que des prodromes de passage à l'acte puissent être mis en évidence, il reste toujours une part d'incertitude dans la prévisibilité de la survenue de tels événements. L'évènement est perçu comme une défaillance du système de prévention, alors qu'il peut être considéré sur un plan clinique, comme un moment fort du soin, permettant aux patients d'avancer dans l'acceptation de leurs troubles psychiques et dans leur inscription dans une prise en charge adaptée [29]. Ils permettent parfois de réorienter le projet de soins et de stabiliser la relation thérapeutique. Les conséquences parfois dramatiques de l'évènement indésirable sur les soignants ne doivent pas en faire oublier son caractère imprévisible et sa fonction, qui pourrait le rendre alors « désirable » ou « acceptable ».

Cette étude présente plusieurs limites internes. Sur le plan méthodologique, l'interprétation de nos résultats doit tenir compte d'un biais de mémorisation. En effet, les équipes qui ont été exposées à la survenue d'un évènement indésirable, qui plus est, traumatique, peuvent décrire plus de prodromes que ce qui avait été réellement observé avant le passage à l'acte. La comparaison de ces prodromes avec ceux écrits dans le DSI permet de les préciser de manière plus objective.

Ce travail présente l'originalité de rechercher des prodromes de l'ensemble des passages à l'acte survenant au cours d'une hospitalisation, sans les différencier dans leur nature (TS, S, HA et SNA). Dans la littérature, chaque type d'évènement est traité séparément. Néanmoins, cette étude tend à confirmer que les prodromes sont semblables d'un type d'évènement à l'autre. Ce travail permet aussi d'enrichir la littérature sur les prodromes repérés par les soignants paramédicaux puisque, dans la plupart des articles cités, il s'agit de signes précurseurs décrits par les médecins.

Les résultats de cette étude sont à nuancer, compte tenu du faible nombre d'événements inclus sur la période d'inclusion. De façon plus générale, les passages à l'acte survenant en milieu hospitalier sont également peu fréquents [18]. La signification de certaines données est à relativiser à cause du manque de puissance (faible effectif). Bien que les principaux résultats convergent avec ceux de la littérature, les possibilités de généralisation sont à envisager avec prudence.

Les données récoltées pour ce travail étaient majoritairement des données subjectives, dont la richesse et la singularité, liées à chaque soignant, ont été gommées pour les besoins des analyses statistiques. La part subjective des ressentis des soignants réside aussi dans le non verbal : choix des mots, du ton, de la syntaxe... dont le contenu diversifié reflète aussi l'originalité et le charme de la clinique psychiatrique.

Conflit d'intérêt : aucun.

7. Tableaux et figures

Figure 1 : répartition des modes de signalement des évènements (%)

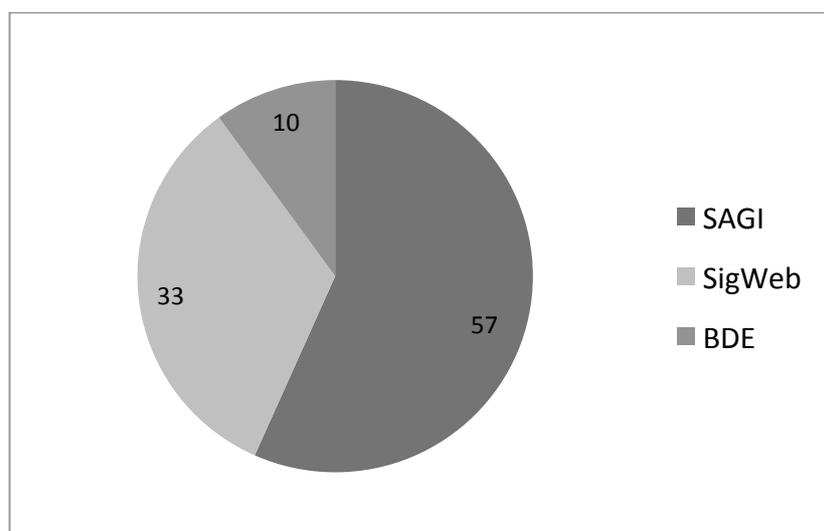


Figure 2 : répartition par type d'évènements (%)

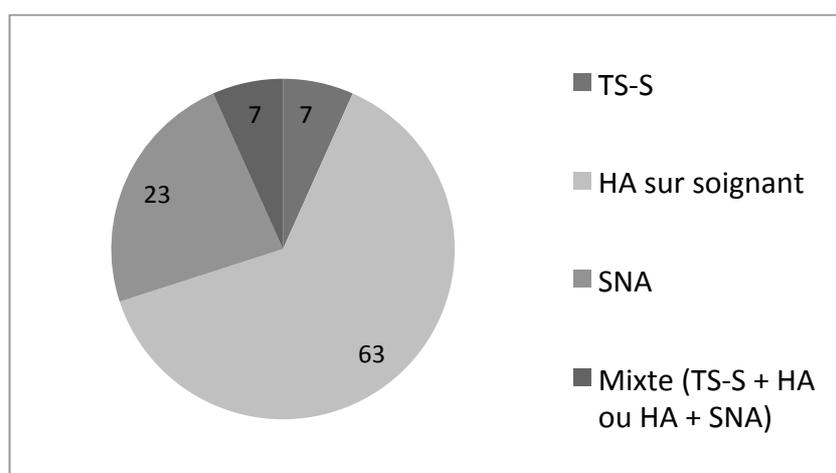


Tableau I : description de la population

Variables		Nombre (%)
<i>(NC : non connu)</i>		
Données sociologiques		
Sexe	Masculin	23 (92%)
	Féminin	2 (8%)
Lieu de vie	Collectif	12 (48%)
	Individuel ou famille	10 (40%)
	Sans	3 (12%)

Statut matrimonial	Couple	1 (4%)
	Célibataire, veuvage	23 (92%)
	NC	1 (4%)
Entourage social	Isolement	10 (40%)
	Famille	9 (36%)
	Amis	4 (16%)
	Famille et amis	1 (4%)
	NC	1 (4%)
Statut professionnel	Sans profession	18 (72%)
	Emploi en milieu ordinaire	2 (8%)
	Etudiant, retraité	5 (20%)
Revenus	Sans revenu	9 (36%)
	Allocations	13 (52%)
	Salaire propre / retraite	3 (12%)
Protection de biens	Oui	16 (64 %)
	Non	9 (36%)
Antécédents judiciaires	Oui	13 (52%)
	Non	12 (48%)
<i>Données cliniques</i>		
Consommation addictologique	Nulle	6 (24%)
	Un produit	7 (28%)
	Deux produits ou plus	12 (48%)
Antécédents somatiques	Non	7 (28%)
	Oui, avec séquelles actuelles	15 (60%)
	Oui, sans séquelles actuelles	2 (8%)
	NC	1(4%)
Antécédent suivi psychiatrique	Oui	23 (92%)
	Non	2 (8%)
Antécédent hospitalisation en psychiatrie	Non	4 (16%)
	1 à 3	3 (12%)
	4 ou plus	18 (72%)
Antécédent séjour USIP / UMD	Oui	6 (24%)
	Non	19 (76%)
Antécédents psychiatriques familiaux	Oui	10 (40%)
	Non	14 (56%)
	NC	1 (4%)
Antécédents HA	Non	7 (28%)
	Violence hospitalière	4 (16%)
	Violence extrahospitalière	3 (12%)
	Violence intra et extrahospit.	11 (44%)
Antécédents TS	Non	10 (40%)
	Oui	15 (60%)
Antécédent SNA	Non	17 (68%)
	Oui	8 (32%)

Diagnostic	Psychose chronique	17 (68%)
	Troubles de l'humeur	3 (12%)
	Autre	5 (20%)
Hospitalisation actuelle		
HA pendant le séjour	Non	21 (84%)
	Oui	4 (16%)
SNA pendant le séjour	Non	1 (4%)
	Oui	24 (96%)
Mode d'hospitalisation	SL	5 (20%)
	SDT/SPI	15 (60%)
	SDRE	5 (20%)
Unité d'hospit. habituelle	Oui	8 (32%)
	Non	17 (68%)
Type d'hébergement	Chambre d'isolement	8 (32%)
	Chambre multiple	5 (20%)
	Chambre seule	12 (48%)
Consignes médicales	Strictes	10 (40%)
	Seulement affaires perso	13 (52%)
	Larges avec sorties	1 (4%)
	NC	1 (4%)
Changement récent de prise en charge	Oui	20 (80 %)
	Non	5 (20 %)
Motif d'hospitalisation	Décompensation délirante	8 (32%)
	TS	6 (24%)
	Autre	11 (44%)

Tableau II : résultats des analyses multi-variées par type de passages à l'acte

Variables	N (%)			p
	TS - S	HA	SNA	
Données sur l'évènement				
Signalement SAGI	1 (50%)	10 (58,8%)	2 (50%)	0,033
Signalement Signal WEB	1 (50%)*	7 (41,2%)*	- *	
Signalement BDE	-	-	2 (50%)	
Survenue vendredi	1 (50%)	8 (47,1%)	1 (25%)	
Survenue samedi	-	-	3 (75%)	
Données sociologiques				
Sexe féminin	-	2 (11,8%)	-	
Antécédents judiciaires	2 (100%)	8 (47,1%)	3 (75%)	

Données cliniques				
Poly-consommation addictive (2 substances ou plus)	-	8 (47,1%)	3 (75%)	
Antécédent hospitalisations en psychiatrie > 3	2 (100%)*	14 (82,4%)*	2 (50%)*	0,003
Antécédent séjour USIP / UMD	1 (50%)	6 (35,3%)	2 (50%)	
Antécédents HA	1 (50%)	13 (76,5%)	3 (75%)	
Antécédents TS	2 (100%)	11 (64,7%)	2 (50%)	
Antécédent SNA	1 (50%)	6 (35,3%)	1 (25%)	
Diagnostic psychose chronique	1 (50%)	11 (64,6%)	4 (100%)	
Diagnostic trouble de l'humeur	1 (50%)	1 (5,9%)	-	
Mauvaise observance	2 (100%)	10 (66,7%)	3 (100%)	
Faible niveau d' <i>insight</i>	1 (50%)	15 (88,2%)	4 (100%)	
Hospitalisation actuelle				
HA pendant le séjour	1 (50%)	3 (17,6%)	-	
SNA pendant le séjour	-	1 (5,9%)	-	
Mode d'hospitalisation SDT / SPI	1 (50%)*	13 (76,5%)*	-*	0,042
Mode d'hospitalisation SDRE	-	2 (11,8%)	3 (75%)	
Consignes médicales larges	-	1 (6,3%)	-	
Changement récent de prise en charge	2 (100%)	13 (76,5%)	3 (75%)	
Hospit. pour trouble délirant	-	5 (29,4%)	3 (75%)	
Hospit. pour TS	1 (50%)	4 (23,5%)	-	
Prodromes subjectifs				
Sensation d'évitement possible	-	7 (41,2%)	1 (25%)	
Sensation de retard dans la prise en charge	-	5 (29,4%)	3 (75%)	
Relation distante avec l'entourage	1 (50%)	8 (47,1%)	2 (50%)	
Relation distante avec les soignants	2 (100%)	9 (53%)	4 (100%)	
Dégradation psychiatrique récente	1 (50%)	8 (47,1%)	-	
Dégradation comportementale	-	4 (23,5%)	4 (100%)	
Peur des soignants	-	8 (47,1%)	3 (75%)	
Bonnes relations équipe/médecin	2 (100%)	8 (47,1%)	2 (50%)	

Tableau III. Régression logistique pas à pas de Wald : identification des facteurs de prédiction indépendants de la sensation d'évitement de l'événement

Etapes	Variabes	Paramètres	Wald	P <	ddl	OR	95% IC
1	Suivi MED*	-0,439	4,23	0,040	1	0,65	0,42 – 0,98
	Constante	0,950	1,23	0,266	1	2,58	
2	SUIVI MED*	-2,487	4,53	0,033	1	0,55	0,32 – 0,95
	DELENTR°	0,004	3,12	0,057	1	1,00	
	Constante	0,683	0,55	0,457	1	1,98	

Notes.

*Suivi MED = fréquence moyenne hebdomadaire d'interventions médicales tracées dans le dossier.

°DELENTR = nombre de journées d'hospitalisation avant passage à l'acte.

VARIABLES hors de l'équation : diagnostic (cat), observance traitement (dic), *insight* (dic), retard dans la prise en charge (dic), motif d'hospitalisation (cat), antécédents de passage à l'acte (dic), type d'événements (cat), cannabis (dic), ancienneté soignants impliqués (cont). Dans le Dossier de Soins infirmiers : troubles des fonctions instinctuelles (cat), intolérance à la frustration (cat), provocation (cat), variations de l'humeur (cat), agressivité intériorisée ou extériorisée (dic), refus du traitement (dic).

5. CONCLUSION

REPÉRAGE DES PRODROMES DE PASSAGE À L'ACTE PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES EN PSYCHIATRIE

Thèse soutenue par Camille RABOURDIN

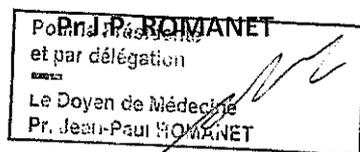
L'observation des prodromes des passages à l'acte (tentative de suicide, suicide, hétéro-agressivité et sortie non autorisée) chez les patients adultes hospitalisés en psychiatrie générale, fait partie du travail quotidien des médecins, mais avant tout des équipes paramédicales. Ces soignants décrivent fréquemment des signes avant-coureurs de ces événements, mais aussi des vécus subjectifs difficiles à traduire cliniquement. Dans cette étude, un ensemble de prodromes retrouvés également dans la littérature est mis en évidence. La survenue d'un passage à l'acte est plus fréquente chez les hommes jeunes, isolés socialement, aux antécédents multiples (psychiatriques, somatiques, addictologiques et judiciaires) et dont le projet de soins est peu défini. Des prodromes subjectifs sont identifiés par les soignants dans près de 80 % des situations. Il s'agit le plus souvent de patients présentant des troubles du comportement, et pour lesquels l'établissement d'un lien thérapeutique stable est complexe. Ces patients suscitent alors un sentiment de méfiance chez les soignants, ce qui peut directement impacter leur prise en charge.

Malgré ces observations, la dégradation des relations médecins-soignants semble être le principal frein à une meilleure prise en compte des prodromes de passages à l'acte, chez ces patients. Il s'agirait donc de parvenir à limiter la durée d'hospitalisation afin de permettre une meilleure intensité de la prise en charge médicale et ainsi, de rassembler en équipe pluridisciplinaire l'ensemble des soignants autour d'un projet mieux délimité, en y associant le patient comme co-constructeur, et aussi, précocement, son entourage.

Ces propositions visent à limiter la survenue des passages à l'acte, mais ne doivent pas en faire oublier leur caractère imprévisible (la majorité d'entre eux étant considérés comme inévitables) et leur fonction, qui font écho à la diversité du travail qui fait la spécificité de la clinique psychiatrique.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN



GRENOBLE, le 5/9/16

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr Th. BOUGEROL

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *Encéphale* 2010 Jun; 36 Suppl 2 :D83-91.
2. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 Dec; 34(6) :967-74.
3. Regouby C. Le défi des comportements dans la gestion de crise. *Gestions Hospital* 2007 :21-6.
4. Thomas A, Combalbert N, Fay J, Paquis J. Revue de mortalité-morbidité en psychiatrie : « suicide ou tentative de suicide ». *L'Encéphale* 2010; 365 :D32-D40.
5. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *BMJ* 2000 Mar 18; 320(7237) :777-81.
6. Lhuillier JP, Richard-Devantoy S. Dangersité, homicide et schizophrénie. *Santé mentale* 2012 Fev; 165 :56-62.
7. Sheridan M, Henrion RE, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hospital and community psychiatry* 1990; 41 :776-780.
8. Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behaviour. *Psychiatric Services* 1997; 48 :1168-1176.
9. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34 :967-974.

10. Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA, Freeman DH. Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin* 1991; 17 :163-171.
11. Arango C, Barba AC, Gonzalez-Salvador T, Ordonez AC. Violence in inpatients with schizophrenia : a prospective study. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(3) :493-503.
12. Perron A, Jacob JD, Beauvais L, Corbeil D, Bérubé D. Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers* 2015 Mar; 120 :47-60.
13. Spiessl H, Hubner-Liebermann B, Cording C. Suicidal behaviour of psychiatric in-patients. *Acta psychiatry scand* 2002; 106 :134-8.
14. Bourgois M, Bioulac S, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzalez B, Castello MF. Prédicativité du suicide et responsabilité médicale, à propos d'une étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques* 1999 Mar; 157(8) :552-556.
15. Rousset I, Vacheron MN. Le suicide dans l'institution. *Annales médico-psychologiques* 2007; 165 :545-555.
16. Klein G. Le suicide à l'hôpital psychiatrique : l'enfermement le prévient-il ? *Schweizer archiv fur neurologie und psychiatrie* 2012; 163(3) :85-91.
17. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale* 2010; 365 :D83-D91.
18. Powell J, Geddes J, Deeks J et al. Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; 176 :266-72.
19. Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spiessl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? *General hospital psychiatry* 2008 Jul; 30(4) :324-330.

20. Kim SW, Kim SJ, Mun JW et al. Psychosocial factors contributing to suicidal ideation in hospitalized schizophrenia patients in Korea. *Psychiatry investing* 2010; 7 :79-85.
21. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; 66(2) :152-61.
22. Way BB, Braff JL, Hafemeister TL, Banks SM. The relationship between patient-staff ratio and reported patient incidents. *Hospital and community psychiatry* 1992; 43 :361-365.
23. Goriot E. Rôles des équipes de soins dans l'évaluation et la prévention de l'agressivité. *Annales médico-psychologiques* 2005; 163 :827-830.
24. Lancee WJ, Gallop R, McCy E, Toner B. The relationship between nurses' limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatric services* 1991; 42 :585-590.
25. Millaud F. La clinique du passage à l'acte. *Santé mentale* 2012 Fev; 165 :22-27.
26. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006; 188 :129-34.
27. Dubreucq JL, Millaud F. Prévenir la violence en psychiatrie. *Santé mentale* 2012 Fev; 165 :76-81.
28. Alezrah C. Le dernier rapport relatif à la prise en charge des patients susceptibles de présenter des risques de dangerosité. *L'information psychiatrique* 2007; 83 :35-39.
29. Chvetzoff R, Chvetzoff G, Pierron JP. La machine et l'hospitalité : un dilemme incessant tout au long des parcours patients. *Ethics, Medicine and Public Health* 2016.

6. ANNEXES

1. Registre de la CNIL lié à l'établissement le 5 novembre 2015

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2		Date de la dernière mise à jour :					05/11/2015
3							
4	Titre	Calendrier			Traitement		
5	Titre du projet, de l'étude ou type de traitement	Durée estimée du projet	Date de début de traitement (recueil de données)	Date de fin de l'étude	Nom et fonction du responsable de traitement	Service chargé de sa mise en œuvre de traitement	Finalité du traitement
6	Repérage des prodromes de passage à l'acte par les équipes paramédicales : entre ressenti et objectivité	Recueil et traitement des données de novembre 2015 à octobre 2016 (1 an)	07-nov-15		Caroline Rzepe, Attachée de recherche clinique (ARC)	Comité de Soutien à la Recherche (CSR)	Recherche clinique hospitalière à promotion interne + Amélioration des Pratiques Professionnelles (amélioration de la prise en charge du risque de passage à l'acte dans les services hospitaliers)

H	I	J	K	L
---	---	---	---	---

REGISTRE CIL DU CHAI

Le service auprès duquel s'exerce le droit d'accès / de

Nom de la personne ou du service concerné	Droit d'accès aux données	Droit de rectification des données	Coordonnées	Catégories de données traitées
Caroline Rzepe, ARC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	crzepe@ch-alpes-isere.fr	<input checked="" type="checkbox"/> Identifiant, identité, données d'identification <input checked="" type="checkbox"/> Vie personnelle (habitudes de vie, relations familiales...) <input checked="" type="checkbox"/> Vie professionnelle (CV, salaire, formations professionnelles, diplômes) <input type="checkbox"/> Informations d'ordre financier et fiscalité (revenus, allocations familiales, fiscalité...) <input type="checkbox"/> Données de navigation (adresse IP, logs...) <input type="checkbox"/> Données de localisation (GPS, GSM...) <input type="checkbox"/> N° de téléphone mobile (NIR) <input type="checkbox"/> Informations, coordonnées, adresse de domicile (relatif aux services de justice) <input type="checkbox"/> Opinions philosophiques, politiques, religieuses, sportives, air sociale, origine raciale etc. <input checked="" type="checkbox"/> Données de santé / génétique <input type="checkbox"/> Autre
Camille Rabourdin, interne en médecine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	crabourdin@ch-alpes-isere.fr	

M	N	O	P	Q	R
---	---	---	---	---	---

Données				Modifications	Conservation
Source des données récoltées	Catégorie de personnes concernées par le traitement	Destinataire des données	Echange de données	Modification substantielle concernant le champ de compétence de	Durée de conservation des données
Grille ALARM (Mme Vial, responsable GDR) Registre d'intervention du SAGI Bureau des entrées (Mme Rastoll, responsable) Dossiers médicaux et dossiers de soins infirmiers (autorisation accès par Dr Salvador, responsable DIM) Entretien avec les équipes soignantes	<input checked="" type="checkbox"/> Salariés du CHAI <input checked="" type="checkbox"/> Usagers (patients) <input type="checkbox"/> Visiteurs (familles...) <input type="checkbox"/> Personnels de service (services...) <input type="checkbox"/> Etudiants (ESI) <input type="checkbox"/> Autre professionnel	Camille Rabourdin, interne en médecine Caroline Rzepe, ARC Dr Andrea Piero, coordinateur du CSR	<input checked="" type="checkbox"/> Au sein du CHAI <input type="checkbox"/> À l'étranger de CHAI (UE) <input type="checkbox"/> Hors Union Européenne	Date : - Objet : -	Archivage conformément aux Bonnes Pratiques Cliniques

2. Copie d'écran du logiciel de déclaration des EI Signal WEB

yes Plus Web Intelligence Déconnexion

Signal

Bonjour Mme . rabourdin camille

> DECLARER | > MES SIGNALEMENTS | ← ↻

> **Evénement indésirable**

Rédigée par rabourdin camille . ,
Le 09/08/2016 à 12h13 Valider

Déclarant :

Etes vous le déclarant ? Oui Non

Qui est concerné ?

Patient/Usager/Résident Membre du personnel Autre personne Matériel/Médicament

Description :

Que s'est-il passé ?
(Circonstances, dommages) ✓

Mesures immédiates
apportées :
(Vos réactions) ✓

Date et heure de
l'événement (hh:mm mode 24H)

Service : ✓

Risques :

L'événement est lié à : ✓

EI GRAVES liés aux soins ✗

Quelles sont les mesures de
prévention ? ✓

Pièces jointes ?

3. Exemple du registre d'interventions du SAGI

DATE : **Mardi 23**

PERSONNEL PRESENT			
NUIT (0 h 00 - 6 h 15)	MATIN	APRES - MIDI	NUIT (20 h 45 - 24 h 00)
	Sickert		

INFORMATIONS ET CONSIGNES DIVERSES (PERSONNELS)

INFORMATIONS ET CONSIGNES DIVERSES (PATIENTS)

HEURE	LIEU	NOM DU PATIENT	MODE HOSPIT	MOTIF DE L'APPEL	REALISATION	INTERVENANT

4. Grille ALARM (Association of Litigation And Risk Management)

Catégories de facteurs	Facteurs contributifs
<p>1 – Facteurs liés au patient :</p> <p>-1.1 Antécédents médicaux</p> <p>-1.2 Etat de santé, pathologies, co morbidités</p> <p>-1.3 Traitements</p> <p>-1.4 Personnalité : patient coopératif</p> <p>Facteurs sociaux ou Familiaux : entourage utile ou coopératif</p> <p>-1.5 Relations conflictuelles :</p> <p>Relation du patient avec les soignants et les soins</p> <p>Implication du patient dans sa prise en charge thérapeutique</p>	
<p>2 - Facteurs liés au contexte individuel (personnel):</p> <p>- Qualifications, compétences</p> <p>- Facteurs de stress physique ou psychologique</p>	
<p>3 - Facteurs liés aux tâches à accomplir</p> <p>-3.1 Protocoles et fiches techniques (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) :</p> <p>Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ?</p> <p>Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ?</p> <p>Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?</p> <p>-3.2 Définition des tâches</p> <p>Programmation, planification des tâches</p> <p>Les tâches concernées étaient-elles planifiées ?</p> <p>La définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ?</p>	

<p>4 - <u>Facteurs liés à l'équipe :</u></p> <p>-4.1 Communication entre professionnels -Communication vers le patient ou son entourage</p> <p>-4.2 Communication vers le patient et ou son entourage L'équipe a-t-elle suffisamment de temps pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ? Quelles sont les habitudes du service ?</p> <p>-4.3 Informations écrites (dossier patient, etc.). Le dossier est-il accessible, lisible, identifié, complet ? Le dossier met-il en évidence les facteurs de risque ? Quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe ?</p> <p>-4.4 Transmissions et alertes Comment sont rapportées et partagées les informations pour la prise en charge du patient entre professionnels ?</p> <p>-4.5 Répartition des tâches Comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ?</p> <p>-4.6 Encadrement, supervision Avez-vous eu un encadrement, un soutien suffisant ?</p> <p>-4.7 Demandes de soutien ou comportements face aux incidents Quels soutiens sont disponibles en cas de problème ?</p>	
<p>5 - <u>Facteurs liés à l'environnement</u> et conditions de travail :</p> <p>-5.1 Administration Est-ce que les règlements et procédures administratifs sont communiqués de façon adéquate ?</p> <p>-5.2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) Pratique affectée par l'environnement de travail</p> <p>-5.3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites</p> <p>-5.4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)</p> <p>-5.5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)</p>	

<p>-5.6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)</p> <p>-5.7 Charge de travail, temps de travail adaptés en nombre ou en compétences</p> <p>-5.8 Retards, délais y a t'il eu retard dans la mise en œuvre des procédures de soins ?</p>	
<p>6 - <u>Facteurs liés à l'organisation et au management</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) - Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant - Politique de formation continue en accord avec les besoins des services - Gestion de la sous-traitance - Politique d'achat - Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement - Ressources financières 	
<p>7 - <u>Facteurs liés au contexte institutionnel</u></p> <p>-7.1 Politique de santé publique nationale</p> <p>Existe-t-il des contraintes règlementaires ayant influencé le déroulement de l'événement ?</p> <p>-7.2 Politique de santé publique régionale</p> <p>L'établissement a-t-il mis en place des partenaires en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ?</p> <p>L'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ?</p> <p>Si oui, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?</p> <p>-7.3 Systèmes de signalement</p> <p>L'événement s'est-il déjà produit ?</p> <p>Le personnel déclare-t-il les événements ?</p>	

5. Grille d'entretien semi-directif

Composition de l'équipe rencontrée

Unité

Noms

Fonctions

Référent du patient

Présent pendant l'EI

Ancienneté en psychiatrie

Le patient

Lien avec le patient :

Qualité de la relation avec les soignants

Qualité de la relation avec l'entourage

Sensation d'évolution clinique récente

Sensation de peur / difficultés générées par le patient

Sensation de retard dans la prise en charge

Implication du patient dans la prise en charge :

Acceptation des soins et de la pathologie

Compréhension des soins et de la pathologie

Sensation que le passage à l'acte aurait pu être évité

Les soignants et l'équipe

Niveau personnel :

Formation initiale (diplôme spécialisé ou non)

Surcharge de travail, surmenage

Vie personnelle

Planning

Relation avec le patient

Niveau de l'équipe :

Composition de l'équipe : mixité

Relation avec le cadre

Relation avec le médecin

Relation avec les collègues

Qualité de la supervision

Sous-effectif

Transmissions ciblées :

L'environnement

Sécurité du bâtiment

Fonctionnalité du bâtiment

Qualité et état des équipements

Évaluation de l'entretien

Ressenti :

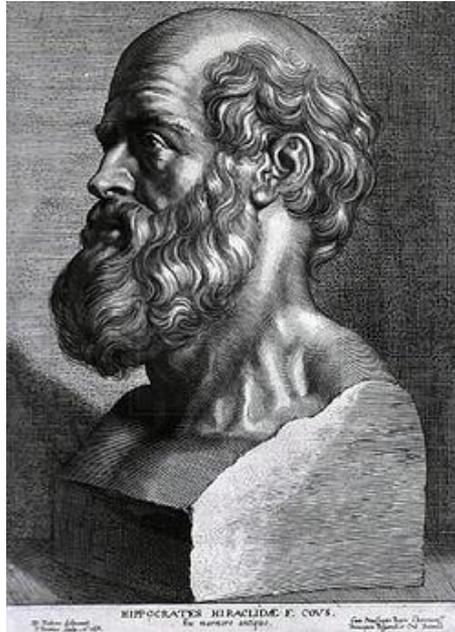
Réticences initiales

Déroulement de l'entretien

Intérêt de l'organisation d'un entretien d'analyse des EIG sur le plan subjectif

Intérêt de ce travail de thèse

6. Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.